

---

# **DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD EN EL PARAGUAY:**

## **ESTUDIO DE EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN EL COSTO, EFICIENCIA, CALIDAD BÁSICA, USO, Y EQUIDAD DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD**

### **Resultados de Línea de Base**

---

**MEASURE Evaluation Technical Report Series, No. 4**

**Gustavo Angeles  
John F. Stewart  
Rubén Gaete  
Dominic Mancini  
Antonio Trujillo  
Christina I. Fowler**



Este informe técnico se realizó con el apoyo financiero de la Misión de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) en Paraguay y con fondos de MEASURE Evaluation asignados por la USAID bajo el Acuerdo Cooperativo No. HRN-A-00-97-00018-00. Las opiniones expresadas en este informe pertenecen a los autores y no reflejan, necesariamente, la perspectiva de USAID.

**Diciembre 1999**



Printed on recycled paper



## Reconocimientos y Agradecimientos

Este estudio debe su realización a la cooperación y apoyo de numerosos individuos y organizaciones. Primero que nada, nuestro agradecimiento especial va al personal de los 143 establecimientos de salud que cooperaron con la encuesta de establecimientos, a los 1,261 individuos que contestaron la encuesta de salida de clientes, y a las 2,150 mujeres que contestaron el cuestionario de la encuesta de hogares.

Asimismo agradecemos a los Directores de las Regiones Sanitarias de los Departamentos de Central, Cordillera, y Misiones por el apoyo brindado para la realización del trabajo de campo de este estudio.

Especial reconocimiento merece la Misión de USAID en Paraguay, la cual comisionó y apoyó la realización de este estudio. Nuestro agradecimiento va a F. Wayne Tate, Director de la Misión; Gerald Barth, Director Adjunto; Osvaldo Benítez, ex-Oficial de Salud; Todd Sorenson, Oficial de Democracia; y a Enrique Villalba, Oficial de Programas y Finanzas. También agradecemos a Barbara Kennedy, ex-Directora de la Misión por su apoyo al estudio.

Asimismo, es necesario reconocer la colaboración del PRODEP (Proyecto de Descentralización en Paraguay), a su Director, Arturo Urrutia, y a Carlos Mario Ramirez, Consultor de Salud, quienes reconocieron la importancia de examinar el impacto de la descentralización. Debemos agradecer al CIRD (Centro de Información y Recursos para el Desarrollo), en la persona de su Director, Agustín Carrizosa, por haber facilitado sus instalaciones para la organización y conducción del trabajo de campo de la encuesta de establecimientos. Agustín también brindó valiosos comentarios a la versión preliminar de este reporte. En el CEPEP (Centro Paraguayo de Estudios de Población), agradecemos a su Directora Ejecutiva, Cynthia Prieto, y a la Directora de Investigación, Mercedes Melian, por el apoyo en la fusión de las encuestas de hogares e inclusión de los módulos requeridos por nuestro estudio en la ENSMI 98. Nuestro agradecimiento se extiende a Leo Morris y Paul Stupp del Centers for Disease Control en Atlanta quienes proporcionaron valiosa asistencia técnica en la encuesta de hogares. Asimismo, agradecemos al personal de ICA (Instituto de Comunicación y Arte) y a su Director, Enrique Chase por la competente realización de la encuesta de salida de clientes. También expresamos nuestro reconocimiento y agradecimiento al grupo de entrevistadores de la encuesta de establecimientos por el esfuerzo realizado durante el trabajo de campo.

En Carolina del Norte, Amy O. Tsui, ex-Director del Proyecto *MEASURE Evaluation*, y David Guilkey, Asesor Técnico Principal, participaron desde su concepción en todas las etapas de este estudio y proporcionaron valioso apoyo técnico. Asimismo agradecemos a Ties Boerma, actual Director del Proyecto *MEASURE*, por su apoyo a este estudio. Debemos agradecer a los miembros del Technical Advisory Group de *MEASURE Evaluation*, quienes proporcionaron valiosos comentarios y recomendaciones a las propuestas iniciales de este estudio.

Nuestro reconocimiento a Steve McGregor y John Spencer del Spatial Analysis Unit del Carolina Population Center por el trabajo realizado en la elaboración de los mapas usados en este estudio. Joy Fishel brindó valioso apoyo en la investigación y en la preparación del reporte; Brandon Howard tuvo un importante rol en la producción de este reporte. Ruy Burgos realizó un notable trabajo de traducción del manuscrito inicial.

Este estudio se financió con fondos de la Misión de USAID en Paraguay y con fondos asignados por *MEASURE Evaluation*.



# Índice

Reconocimientos y Agradecimientos .....	i
Resumen ejecutivo.....	vii
1. Introducción.....	1
1.1. Antecedentes .....	1
1.2. Perspectiva general del estudio de evaluación .....	2
1.3. Organización general del informe de línea de base.....	3
2. Antecedentes del país .....	5
2.1. Características geográficas .....	5
2.2. Perfil sociodemográfico .....	5
2.3. Perfil de salud.....	5
2.4. Perfil económico y político .....	6
2.5. El sistema de salud en Paraguay.....	7
2.5.1. Normativa.....	7
2.5.2. Organización e infraestructura.....	7
2.5.3. Gastos y financiamiento de la salud .....	7
3. Reforma del sector salud: Descentralización de los servicios de salud básica.....	9
3.1. Antecedentes .....	9
3.2. Desarrollo de la reforma del sector salud.....	9
3.2.1. Fase 1: Desconcentración .....	9
3.2.2. Fase 2: Descentralización .....	9
3.3. Implementación de la descentralización.....	10
3.3.1. Roles de los actores principales.....	11
3.4. Progreso del proceso de descentralización.....	11
4. Plan de evaluación.....	15
4.1. Objetivos del estudio .....	15
4.2. Diseño del estudio .....	15
4.3. Selección de la muestra .....	16
4.3.1. Municipios.....	16
4.3.2. Establecimientos públicos de salud .....	18
4.3.3. Establecimientos de salud privados.....	18
4.3.4. Clientes de establecimientos de salud .....	18
4.3.5. Hogares.....	19
4.4. Instrumentos de recolección de datos.....	20
4.4.1. Cuestionarios de establecimiento .....	20
4.4.2. Cuestionario de salida de clientes.....	20
4.4.3. Cuestionario de la encuesta de hogares .....	21
4.5. Procedimientos de la encuesta.....	22
4.5.1. Encuesta de establecimientos .....	22
4.5.2. Encuesta de entrevista de salida de clientes .....	23
4.5.3. Datos de hogares.....	23
5. Resultados: Encuesta de establecimientos de salud .....	25
5.1. Disponibilidad de servicios de salud .....	25
5.1.1. Servicios de planificación familiar.....	26
5.1.2. Servicios de salud infantil .....	28
5.1.3. Servicios de salud materna .....	28
5.2. Disponibilidad de servicios en la semana.....	32
5.3. Aranceles para el usuario .....	33
5.4. Disponibilidad de personal.....	38

5.5	Capacitación de personal.....	40
5.6	Charlas.....	41
5.7	Información, educación, y comunicación (IEC), agotamiento de suministros, y registros .....	43
5.7.1	Información, educación y comunicación (IEC).....	43
5.7.2	Agotamientos de suministros.....	44
5.7.3	Administración de registros.....	44
5.8	Supervisión de establecimientos.....	45
6.	Resultados: Costos de los servicios básicos de salud .....	51
6.1.	Problemas conceptuales y su pertinencia .....	51
6.1.1.	Problema 1: Cuáles costos?.....	51
6.1.2.	Problema 2: Definición del producto.....	52
6.1.3.	Problema 3: Asignación de costos a servicios específicos .....	52
6.1.4.	Problema 4: Costo y eficiencia.....	52
6.1.5.	Problema 5: Relación entre costo y calidad.....	53
6.1.6.	Problema 6: Precio de los insumos.....	53
6.2.	Métodos.....	53
6.2.1.	Presentación general del método de cálculo de costo.....	53
6.2.2.	Recolección de datos .....	56
6.2.3.	Cálculo de costos .....	57
6.3.	Resultados de línea de base .....	61
6.3.1.	Muestra de establecimientos.....	61
6.3.2.	Costo recurrente total .....	61
6.3.3.	Costo del servicio por cita médica.....	65
7.	Resultados: Eficiencia de servicio.....	69
7.1.	Problemas conceptuales .....	69
7.2.	Métodos.....	70
7.2.1.	Productividad promedio del personal .....	70
7.2.2.	Tasa de utilización de personal por tipo de personal .....	70
7.2.3.	Tasas de utilización de personal por establecimiento.....	71
7.3.	Resultados de línea de base .....	72
7.3.1.	Productividad promedio del personal .....	72
7.3.2.	Tasas de utilización de personal .....	73
7.3.3.	Tasa de utilización de camas .....	75
7.3.4.	Recuperación de Costos .....	76
8.	Resultados: Encuesta de salida de clientes y calidad desde la perspectiva de los clientes.....	79
8.1.	Características de los clientes de establecimientos públicos .....	80
8.2.	Indicadores básicos de calidad en establecimientos públicos .....	80
8.2.1.	Conveniencia de las horas de atención .....	80
8.2.2.	Tiempo de espera.....	82
8.2.3.	Consultas médicas .....	85
8.2.4.	Deseo de volver al establecimiento. ....	89
8.2.5.	Disponibilidad de medicinas. ....	90
8.2.6.	Aspecto del establecimiento. ....	91
8.3.	Clientes del sector privado: indicadores de calidad básica de servicios de salud. ....	92
8.3.1.	Características de los clientes de establecimientos privados.....	92
8.3.2.	Percepciones de los clientes del sector privado acerca de la calidad.....	95
8.4	Resultados: Indicadores básicos de equidad y otras características de los clientes.....	97
8.4.1.	Aspectos conceptuales.....	97
8.4.2.	Equidad en el uso de los servicios médicos.....	98
8.4.3.	Estructura del Gasto en Salud de los Clientes .....	100
8.4.4.	Análisis del origen o lugar de residencia de los clientes .....	104

8.4.5	Resumen .....	104
9.	Resultados: Encuesta de hogares y patrones de uso de servicio.....	107
9.1.	Clasificación de los hogares por niveles económicos .....	107
9.2	Cuidado pre-natal .....	108
9.2.1.	Uso de servicios de cuidado pre-natal .....	108
9.2.2.	Lugar de atención .....	108
9.2.3.	Patrones y frecuencia de uso de servicios de cuidado pre-natal .....	109
9.2.4.	Determinantes económicos del uso de servicios de control pre-natal .....	110
9.3	Parto .....	111
9.3.1	Uso de servicios relacionados con el parto.....	111
9.3.2	Asistencia en el parto.....	111
9.3.3	Partos por Cesárea .....	112
9.3.4	Factores en la selección del lugar de atención.....	112
9.3.5.	Determinantes económicos del uso de servicios relacionados con el parto .....	114
9.4	Cuidado Post-Natal.....	115
9.4.1.	Patrones de uso de servicios de cuidado post-patal.....	115
9.4.2.	Determinantes económicos del uso de servicios de cuidado post-natal .....	116
9.5.	Vacunación.....	117
9.5.1.	Patrones de uso de servicios de vacunación .....	117
9.5.2.	Determinantes económicos en el uso de servicios de vacunación.....	118
9.6.	Diarrea.....	118
9.6.1.	Prevalencia de diarrea.....	118
9.6.2.	Acciones tomadas para reestablecer la salud.....	119
9.6.3.	Determinantes económicos del tratamiento de diarrea fuera de la casa .....	122
9.7	Infección Respiratoria Aguda (IRA) .....	122
9.7.1	Prevalencia de IRA.....	122
9.7.2.	Acciones tomadas para reestablecer la salud.....	124
9.7.3	Determinantes económicos del tratamiento de la IRA .....	125
9.8	Planificación familiar .....	128
9.8.1	Uso de la planificación familiar.....	128
9.8.2	Uso de métodos específicos.....	128
9.8.3.	Lugar de atención o fuente de suministro.....	130
9.8.4.	Calidad de los servicios de planificación familiar .....	130
9.8.5.	Determinantes económicos del uso de métodos modernos .....	131
9.8.6.	Características del usuario, razones de utilización y método preferido.....	133
9.9	Problemas de salud y enfermedad de miembros de la familia mayores de cinco años .....	135
9.9.1	Características de la muestra y pérdidas de ingresos debidas a problemas de salud .....	135
9.9.2	Acciones tomadas para re-establecer la salud. ....	138
9.9.3	Lugar de atención .....	138
9.9.4.	Determinantes económicos del uso de los servicios de salud.....	139
9.10	Disponibilidad y usos de los establecimientos de salud.....	141
9.10.1.	Lugar de atención .....	141
9.10.2.	Proximidad geográfica del lugar de atención .....	142
9.10.3.	Razones para no utilizar el establecimiento más cercano.....	142
	REFERENCIAS .....	145
	ANEXO A: MAPAS	
	ANEXO B: CUADROS SUPLEMENTARIOS	
	ANEXO C: NOTAS TECNICAS DE LAS SECCIONES DE COSTOS Y EFICENCIA	
	ANEXO D: RESULTADOS ADICIONALES SOBRE EL COSTO Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	
	ANEXO E: CUESTIONARIOS	



## Resumen ejecutivo

Durante las últimas décadas, los responsables del diseño de políticas en el sector salud han considerado la descentralización de los servicios de salud como una opción atractiva para el mejoramiento en la provisión de estos servicios. Los que proponen la descentralización consideran que el reemplazar un sistema centralizado y jerárquico por uno controlado a nivel local haría el sistema de salud más eficiente, aumentaría la capacidad de respuesta a las necesidades locales y proveería servicios de mejor calidad. Sin embargo, existen pocas evaluaciones científicas del impacto de la descentralización en el sistema de salud.

La descentralización de los servicios de salud básica en Paraguay, actualmente en curso, proporciona una oportunidad única para examinar el impacto del proceso debido a dos razones. Primero, ha sido posible recolectar información de los establecimientos de salud y de los hogares antes de que se implementara la descentralización y, segundo, la implementación de la descentralización por fases nos permite identificar un grupo de control, de manera que es posible comparar el desempeño del régimen descentralizado con respecto al régimen centralizado.

Este reporte contiene los resultados de la primera fase del estudio, la cual consiste en establecer medidas de línea de base para indicadores de desempeño clave en el sector salud. Los resultados describen la situación del sistema de salud de los municipios en estudio antes del inicio del proceso de descentralización.

### Objetivos del Estudio

Los objetivos del estudio son identificar y cuantificar los cambios en el sistema de salud que resultan al transferirse la administración de los servicios básicos de salud del gobierno central a los gobiernos municipales en Paraguay. Específicamente, el estudio examina el impacto de la descentralización en las siguientes cuatro áreas:

- Costo de la prestación de servicios básicos de salud
- Eficiencia en el uso de recursos para suministrar servicios básicos de salud
- Calidad básica de los servicios en los establecimientos de salud y desde la perspectiva del cliente
- Patrón de uso de los servicios básicos de salud y equidad en el uso de servicios de salud

### Reforma de Salud en Paraguay

El proceso de reforma en el sector salud en Paraguay puede ser dividido en dos fases. La primera fase (1990 - 1995) se caracterizó por la desconcentración de responsabilidades administrativas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, (MSPBS). Durante esta fase, ciertas responsabilidades administrativas fueron transferidas del nivel central hacia las Regiones Sanitarias del MSPBS.

La segunda fase de la reforma de salud, comenzada a finales de 1995, involucra la transferencia de responsabilidades de administración del gobierno central a los gobiernos municipales. Las principales autoridades municipales son directamente elegidas por la población del Municipio. A través de la descentralización, el gobierno municipal asume responsabilidades administrativas, de supervisión y monitoreo de los establecimientos públicos. El gobierno municipal, a su vez, delega la responsabilidad de administrar las instituciones a los Consejos Locales de Salud, los cuales preparan e implementan un Plan Local de Salud, controlan los presupuestos asignados y supervisan el funcionamiento de los establecimientos. Las instituciones sujetas a la descentralización incluyen hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud.

El marco legal de la descentralización en Paraguay está garantizado por la Ley 1032/96, aprobada en Diciembre 1996. El objetivo explícito de la descentralización, como fue expresado en la ley, es mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de servicios; mejorar la equidad en la provisión de servicios; y promover la participación efectiva de la comunidad en la planificación y control de la prestación de servicios.

La implementación del Plan Local de Salud es financiado por fondos del gobierno central, contribuciones de los municipios y cobros por servicios prestados. El municipio contribuye con por lo menos 5% de su presupuesto para la implementación del Plan Local de Salud, y los ingresos de los establecimientos son depositados en una cuenta del municipio dedicada exclusivamente al financiamiento de actividades del sector salud. Hacia finales de 1998, 23 municipios (17 en Central, 2 en Cordilleras y 4 en Misiones) firmaron acuerdos de descentralización. En 1999, 17 de los 23 municipios renovaron los acuerdos.

## **Diseño del Estudio e Instrumentación**

Para evaluar el impacto de la descentralización, este estudio utiliza un diseño basado en la evaluación de condiciones antes y después de la descentralización, con un grupo de control. Este diseño requiere la medición de indicadores de línea de base para cada una de las cuatro áreas de desempeño. La medición de estos indicadores será realizada en las mismas unidades dos años después de que la descentralización haya sido implementada. Las unidades de análisis del estudio son los establecimientos proveedores de servicios básicos, los clientes de estas instituciones, y la población de cada municipio.

Este diseño permite dos tipos de análisis. Primero, el funcionamiento del sistema de salud antes de la descentralización puede ser comparado con el funcionamiento después de la descentralización para los municipios que la adopten. Segundo, el funcionamiento del sistema de salud en municipios que descentralizaron puede ser comparado con aquellos municipios que permanecen bajo el régimen centralizado.

Este estudio utiliza datos de establecimientos, clientes y hogares en 20 municipios en los departamentos de Central, Cordillera, y Misiones. Estos 20 municipios constituyen el grupo principal de estudio, el cual consiste de 11 municipios que firmaron acuerdos de descentralización y 9 municipios que no firmaron tales acuerdos. Más aún, para obtener una mayor descripción de las características de la oferta de servicios, se recolectaron datos en 19 municipios geográficamente adyacentes a los municipios del grupo principal de estudio. Los datos de línea de base fueron recolectados durante el segundo semestre de 1998.

El estudio se concentra en los departamentos de Central, Cordillera y Misiones por dos razones. Primero, la mayoría de los acuerdos de descentralización se han llevado a cabo en estos departamentos. Segundo, estos departamentos son regiones prioritarias para la misión de USAID. Más de 70% de los municipios en cada departamento se incluyen en el estudio.

Los datos se recolectaron a través de una encuesta de establecimientos, una encuesta de clientes y una encuesta de hogares, y se usan para generar los resultados de línea de base presentados en este reporte:

- Encuesta de Establecimientos: en 52 establecimientos de salud de los municipios del grupo principal se hicieron encuestas detalladas de los establecimientos y se administraron registros de tiempo del personal. Estos datos fueron utilizados para definir indicadores de eficiencia, costo, equidad y calidad básica. Adicionalmente, se encuestaron 72 establecimientos públicos en municipios adyacentes y 19 establecimientos privados tanto en el grupo principal como en el grupo de municipios adyacentes.

- Encuesta de Salida de Clientes: 1,261 clientes que fueron a establecimientos públicos y privados fueron encuestados. Los datos recolectados se usaron para construir indicadores de calidad desde la perspectiva del cliente, patrones de uso, y nivel socio-económico.
- Encuesta de Hogares: datos sobre estado de salud, nivel socio-económico y uso de servicios de salud se recolectaron para un grupo representativo de hogares de los tres departamentos incluidos en el estudio. Se adaptó la encuesta y se agregó un módulo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI). Se realizó un total de 2,150 entrevistas en los tres departamentos, de los cuales 1,200 fueron completadas en los municipios del grupo principal de estudio.

## **Resultados de Línea de Base**

Los resultados de línea de base presentan la situación de la provisión de servicios de salud, los comportamientos en relación a la salud, y el estado de salud de la población antes de los cambios en la administración de servicios de salud que puedan resultar de la descentralización.

### **Disponibilidad de Servicios**

El rango de servicios disponibles en los establecimientos de salud es relevante para examinar la calidad, equidad, eficiencia y costo del sistema de salud. En términos de servicios básicos de salud, este estudio examina la disponibilidad privada y pública de servicios de planificación familiar y salud materno-infantil.

#### **Planificación familiar**

- Todos los hospitales y 98% de los centros de salud ofrecieron píldoras, condones y DIU. 77% de los puestos de salud ofreció píldoras, 75% suministró condones y 42% ofreció DIU.
- Los establecimientos públicos de Cordillera presentaron la mayor disponibilidad de píldoras y condones (100%), seguidos por Misiones (94%), y Central (84-86%). Los establecimientos públicos de Asunción presentaron la menor disponibilidad de ambos métodos (69%). La disponibilidad de DIU en establecimientos públicos fue más baja en Misiones (56%), Central (61%), y Asunción (66%). La disponibilidad más alta fue en Cordillera (82%). La disponibilidad de inyecciones en establecimientos públicos fue más baja en Cordillera (41%) y más alta en Misiones (94%).
- Comparados con hospitales, los centros y puestos de salud presentaron los mayores problemas de agotamiento de métodos reversibles. Los problemas de abastecimiento pueden reflejar la existencia de una mayor demanda por métodos de planificación familiar reversibles en establecimientos públicos. El agotamiento de materiales fue particularmente notorio. Más del 50% de los establecimientos en Cordillera y Misiones presentaron agotamiento de inyecciones.
- La disponibilidad de métodos reversibles fue baja en establecimientos privados; 32% ofrecieron condones y píldoras. 46% ofreció DIU e inyecciones. La disponibilidad de servicios de planificación familiar en establecimientos privados varía también por tipo de establecimiento, método y departamento.

#### **Servicios de Salud Infantil**

- Todos los hospitales ofrecieron los cinco principales servicios de salud infantil. Casi todos los centros de salud ofrecieron tratamiento de diarrea, tratamiento de IRA, inmunizaciones y cuidado perinatal. 84% suministró servicios de control del crecimiento y desarrollo del niño.
- La disponibilidad de servicios de salud infantil en puestos de salud fue menor que en establecimientos más sofisticados: 94% ofreció servicios de tratamiento de diarrea, 86% ofreció tratamiento de IRA y vacunas de sarampión, polio y DPT; 72% ofreció vacunas BCG y entre un 61-68% ofreció control del crecimiento y de cuidado perinatal.

- Entre 74% - 84% de los establecimientos privados ofreció servicios de salud infantil. Los servicios de inmunización, ofrecidos en un 74% de los establecimientos, fueron los de menor disponibilidad.

### **Servicios de Salud Materna**

- Los servicios de cuidado prenatal y vacunas contra el tétano fueron disponibles en todos los hospitales y en 98% de los centros de salud. Las vacunas contra el tétano fueron disponibles en 84% de los puestos de salud mientras que sólo 77% ofreció servicios de cuidado prenatal. Suplemento de ácido fólico y hierro fueron menos disponibles en centros de salud (28% y 49% , respectivamente ) y en puestos de salud (23% y 45%, respectivamente) que en hospitales regionales (33% y 67%, respectivamente).
- Los servicios de parto fueron disponibles en todos los hospitales públicos, en 74% de los centros de salud, y en 22% de los puestos de salud. Todos los hospitales regionales, 67% de los hospitales distritales y solamente en 42% de los centros de salud tuvieron capacidad para atender partos complicados.
- De los establecimientos públicos incluidos en la muestra, los servicios de post-parto y de diagnóstico de cáncer (Prueba PAP) se ofrecieron en todos los hospitales, en alrededor de 96% de los centros de salud, y en alrededor de 70% de los puestos de salud.

### **Aranceles para los Usuarios**

- Los aranceles cobrados en establecimientos privados por los servicios de salud incluidos en el estudio son 10 veces mayores que los aranceles de los establecimientos públicos. La mayoría de los establecimientos públicos presentan una estructura de aranceles fijos y hay poca variación entre establecimientos. El patrón de aranceles por servicios fue bastante similar en los establecimientos públicos incluidos en el estudio.
- 67% de los hospitales distritales y de los centros de salud cobraron por los servicios de planificación familiar, mientras que 48% de los puestos de salud y 67% de los hospitales regionales ofrecieron servicios de planificación familiar gratis.
- Más de un 85% de los centros y puestos de salud cobraron por servicios que requieren relativamente más recursos y tiempo (por ejemplo, cuidado pre y post natal) mientras que un pequeño porcentaje (13%-33%) cobró por los servicios de menor uso relativo de recursos tales como inmunización contra el tétano y programas nutricionales.
- En los centros y puestos de salud que cobraron por servicios, los datos reflejan una pequeña asociación entre el cobro promedio por los servicios y el esfuerzo requerido para proveer el servicio.
- La mayoría de los sanatorios cobraron por proveer servicios de salud infantil.

### **Disponibilidad de Personal**

- Médicos (clínicos, pediatras, gineco-obstetras), enfermeras licenciadas y auxiliares, y personal técnico, constituyen el personal de los hospitales y de los centros de salud. La mitad de los establecimientos públicos en Misiones no reportaron tener médicos, mientras que los establecimientos públicos en Central y Cordillera tuvieron una mediana de 1 médico.
- Los centros de salud tuvieron una mediana de 4 médicos, 1 enfermera licenciada , 7 enfermeras auxiliares y 1 técnico en salud.
- Las enfermeras auxiliares fueron el principal proveedor de servicios en los puestos de salud. La encuesta reporta una mediana de solamente una enfermera auxiliar en dichos establecimientos. Las enfermeras auxiliares fueron el principal proveedor de servicios en todos los tipos de establecimientos.
- Los establecimientos privados en la muestra tienen una mediana de 2 médicos clínicos, 2 pediatras, 1 gineco-obstetra, y 4 enfermeras auxiliares.

## Capacitación del Personal

- Casi todos los centros de salud tienen al menos una persona capacitada en servicios de planificación familiar, diarrea, y manejo de IRA. 16% reportaron no tener personal entrenado en partos.
- 93% de los puestos de salud reportaron tener al menos una persona preparada para manejar casos de diarrea y casos de IRA. 75% cuenta con personal capacitado para prestar servicios de planificación familiar. Solamente 36% tienen personal entrenado para atender partos. El servicio de partos es ofrecido por muy pocos puestos de salud.
- En general, los establecimientos privados tienen una mediana de médicos mayor que los centros de salud. La proporción de establecimientos privados con personal capacitado para suministrar servicios de planificación familiar, partos, atención de diarrea e IRA fue generalmente más baja que en los establecimientos públicos.

## Charlas e IEC

- Más del 90% de los hospitales y centros de salud ofrecen charlas.
- Cordillera reporta el porcentaje más alto (95%-100%) de establecimientos públicos que ofrecen charlas en temas de salud. Asunción presenta el menor porcentaje de establecimientos públicos que ofrecen charlas sobre planificación familiar (69%) y salud materna (76%).
- La educación a la población en tópicos de salud por medio del uso de charlas es característica de los establecimientos públicos. Entre 11%-32% de los establecimientos privados ofrece charlas sobre planificación familiar, o salud materna. Solamente 1 de cada 10 clínicas privadas ofrece charlas de planificación familiar.

## Abastecimiento de Medicinas y Equipos

- Cordillera tiene la proporción más alta de establecimientos públicos con desabastecimiento de vacunas (10%-40%). Misiones no reportó agotamiento de vacunas, pero tiene el porcentaje más alto de agotamiento de jeringas desechables (78%) y guantes desechables (60%).
- La escasez de vacunas, inyecciones, guantes y paquetes hidratantes fue un problema notorio en centros y puestos de salud. Asimismo, la falta de equipos e insumos para administrar vacunas fue un problema característico de los centros de salud.
- Cerca del 13% de los centros y puestos de salud reportaron desabastecimiento de vacuna toxoide y a 7% de los centros de salud se les agotaron las vacunas de BCG. De igual o mayor importancia fue el agotamiento de inyecciones desechables y no desechables (27% y 46%) y de guantes desechables y no desechables (36% y 46%). La escasez de estos materiales pudo haber paralizado el suministro de servicios de inmunización y de servicios de contraceptivos inyectables así como también servicios para el control de infecciones.
- Los puestos de salud fueron los únicos establecimientos con agotamiento de todos los tipos de vacunas, presentando una variación desde 11% para polio y DPT hasta 20% para BCG. La proporción de puestos de salud que experimentó agotamiento de las inyecciones y guantes fue comparable al de los centros de salud.

## Supervisión de los Establecimientos

- En Misiones, 40% de los establecimientos públicos recibió visitas de supervisión por servicios de planificación familiar, salud materna, y servicios de inmunización en los tres meses antes de la encuesta. En Cordillera, 20% de los establecimientos públicos recibieron visitas de supervisión en servicios de inmunización, 30% en planificación familiar, y 40% en salud materna durante el mismo período.
- Los establecimientos de Central fueron poco supervisados. Los resultados indican una alta proporción de establecimientos públicos que nunca recibieron supervisión por servicios de planificación familiar (16%), salud materna (23%) o servicios de inmunización (13%).

- Todos los hospitales regionales y distritales recibieron visitas de supervisión de planificación familiar, salud materno-infantil, e inmunizaciones en los tres meses anteriores a la encuesta. La supervisión en los centros de salud fue marcadamente menor que en los hospitales.
- La supervisión de los puestos de salud fue muy escasa. Entre 27%-33% de los puestos no recibieron supervisión de servicios de planificación familiar, salud materno-infantil o inmunización en los 6 meses previos a la encuesta. Entre un 17%-23% nunca fueron supervisados.

## **Costo de los Servicios Básicos de Salud**

### **Costos Recurrentes Totales**

- Un total de 709.6 millones de Guaraníes mensuales (US\$ 252,091) fueron gastado en personal, medicinas, y costos administrativos recurrentes en 47 de los 52 establecimientos del grupo principal de estudio en los que se estimaron costos.
- El nivel de costos recurrentes mensual per cápita más alto se dió en los municipios de Misiones incluidos en el estudio (2,281 Guaraníes, US\$ 0.81). El menor nivel de costo per cápita se dió en los municipios de Cordillera (921 Guaraníes, US\$ 0.33). El promedio en Central fue de 946 Guaraníes (US\$ 0.34).

### **Distribución de los Costos Recurrentes por Componente**

- En general, el costo por personal médico constituyó el 63% de los costos recurrentes, seguido por 21% en medicinas y equipos, 13% en personal administrativo y 3% en otros costos. El costo de personal estuvo dividido de la siguiente manera: médicos (31%), enfermeras (27%) y enfermeras auxiliares (41%). Esta distribución varió de acuerdo al tipo de establecimiento y departamento.

### **Distribución de los Costos Recurrentes por Tipo de Servicios**

- La distribución del total de gastos en servicios básicos de salud fue: 38% fue asignado en servicios de salud materna, 21% en servicios de salud del niño, 38% en otros servicios, y 3% en servicios de planificación familiar.
- En general, los partos representaron el servicio de mayor costo, con un promedio de 148,942 Guaraníes (US\$ 52.91) por un parto normal. Los servicios de inmunización fueron los menos costosos, con un promedio de 1,594 Guaraníes (US\$ 0.57) por caso.
- Los costos para los siguientes servicios básicos de salud fueron : 7,429 Guaraníes (US\$2.64) para cuidado prenatal; 6,896 Guaraníes (US\$2.45) para planificación familiar; 7,117 Guaraníes (US\$2.53) para tratamiento de IRA, y 5,799 Guaraníes (US\$ 2.06) para tratamientos de diarrea.
- Con la excepción de servicios de inmunización y planificación familiar, los costos por visitas de los servicios básicos de salud fueron más altos en los puestos de salud que en los centros de salud o en hospitales.

## **Eficiencia de los Servicios Básicos de Salud**

### **Productividad del Personal**

- En general, los médicos presentaron la mayor productividad, atendiendo en promedio 5.4 pacientes por hora, comparado con las enfermeras auxiliares (4.4 pacientes por hora) y enfermeras (3 pacientes por hora). Central tuvo la mayor productividad para todos los tipos de establecimientos públicos, mientras en Cordillera las enfermeras y enfermeras auxiliares tuvieron la productividad más baja.

### **Tasa de Utilización del Personal**

- En general, los proveedores de servicios de salud pasaron, en promedio, 70% de su tiempo en contacto directo con pacientes. Por tipo de proveedor se observa que 77% del tiempo de los médicos se dedicó a pacientes comparado con 54% del tiempo de las enfermeras y 32% del tiempo de las enfermeras auxiliares.
- Por departamento, la tasa de utilización de los médicos y enfermeras auxiliares fue más alta en Central que en Misiones y Cordillera, mientras que la tasa de utilización de las enfermeras fue más alta en Misiones.
- La tasa de utilización para todo los tipos de proveedores fue más alta en hospitales (84%) y más baja en puestos de salud (42%).

### **Tasa de Utilización de las Camas Hospitalarias**

- Por departamento, la tasa de utilización de camas hospitalarias fue mayor en Misiones (43%) que en Central (25%). Central reporta la mayor tasa de utilización de camas de los centros de salud (19%), siendo este indicador más bajo para Misiones (15%) y Cordillera (10%).
- En general, el promedio de tasa de utilización de camas (ponderado por el número de camas en cada establecimiento) fue bajo siendo el promedio de utilización de 1 día-cama por cada 5. La utilización de camas en hospitales fue la más alta (30%) y en puesto de salud la más baja (2%).
- Los pacientes por partos usaron la mayoría de días de camas (69%), seguido por servicios de pediatría (18%), y otros casos médicos (13%).

### **Recuperación de Costos**

- En general, la mayor tasa de recuperación de costos se encontró en parto. Alrededor del 66% de los costos recurrentes de estos servicios fue recuperados a través del cobro a clientes. Para todos los otros servicios básicos de salud, los cobros permitieron recuperar alrededor de 30% o menos de los costos recurrentes.

### **Encuesta de Salida de Clientes y Calidad desde la Perspectiva de los Clientes**

- Entre los clientes públicos, la mayoría fueron mujeres, con una edad promedio de 32 años, unidas y con dos o tres hijos. El 66% reportó tener educación primaria, un ingreso mensual bajo (678,592 Guaraníes o US\$241, en promedio) y sólo el 38% estaba empleado.
- Los tiempos de espera para ser atendidos fueron largos. Los clientes de establecimientos públicos esperaron en promedio 57 minutos (y una mediana de 35 minutos). Los tiempos más largos de espera se observaron en hospitales distritales y los más cortos en puestos de salud. El 31% de los clientes reportó estar descontento con los tiempos de espera.
- La duración de la consulta fue relativamente corta –aproximadamente 10 minutos--. La corta duración de la consulta fue característica en todos los establecimientos y departamentos. Sin embargo, 93% de los clientes declaró estar satisfechos con la duración de la misma. El 94% reportó que existió suficiente tiempo en la consulta para aclarar dudas y preocupaciones. Cerca del 95% de los clientes reportó que el nivel de privacidad en la consulta fue adecuado y que recibieron explicaciones claras durante la consulta.
- Casi todos los clientes reportaron que volverían al establecimiento para obtener asistencia médica. Sin embargo, 11% de los clientes reportó que la causa por la cual acudieron al establecimiento no fue resuelta, o que fueron referidos a otro proveedor. El porcentaje de casos no resuelto en Cordillera fue del 7% y en Central del 18%.
- 29% de los clientes declaró que las medicinas prescritas no estaban disponibles en el establecimiento al momento de la consulta. Este porcentaje varió de un 21% en Misiones a 36% en Cordillera. La percepción de escasez de medicinas fue mayor para los clientes de los centros de salud

(39%), hospitales distritales (37%), y hospitales regionales (29%) que en los puestos de salud (10%).

- Los clientes de establecimientos privados fueron más ricos y tuvieron un nivel de educación mayor que los clientes de centros públicos. Los clientes de establecimientos privados tuvieron una opinión favorable de la calidad de los servicios, con la excepción del indicador tiempo de espera y del indicador disponibilidad de medicinas.
- Los clientes privados esperaron menos tiempo para ser atendidos y la duración de la consulta fue mayor que para los clientes públicos. En general, 69% de los clientes públicos percibió el tiempo de espera como aceptable mientras que 86% de los clientes privados tuvo la misma opinión. La duración de la consulta fue de 17 minutos en promedio y tuvo una mediana de 15 minutos en los establecimientos privados. Esta duración de consulta fue marcadamente mayor que en los establecimientos públicos, en donde se reportó un promedio de 10 minutos de consulta.
- La falta de alternativas de proveedores de servicios básicos de salud, o sesgos de cortesía pueden ser factores explicativos de los altos niveles de satisfacción reportados por los clientes en referencia a los indicadores de calidad.

## **Equidad de los Servicios Básicos de Salud**

### **Equidad en el Uso de Servicios de Salud**

- 46% de los clientes de establecimientos públicos pertenecen al quintil más pobre mientras que el 5% pertenecen al quintil más rico. 2 de cada 5 clientes de los centros privados provienen de los hogares más ricos, y 1% de los hogares más pobres.
- La relación entre nivel de ingreso individual y gasto total en salud efectuado por el individuo fue pequeña y positiva sugiriendo ésto que el ingreso mensual puede no tener ningún efecto en el nivel de gasto realizado. En otras palabras, pobres y ricos pagaron montos similares por servicios médicos recibidos en establecimientos públicos.

### **Composición de los Gastos en Salud**

- El gasto en salud de los clientes de los establecimientos públicos fue relativamente bajo. Los clientes públicos que no pagaron por los servicios recibidos reportaron un ingreso promedio menor que el resto de los clientes públicos.
- 98% de los clientes públicos cubrieron sus gastos totales en salud sin la asistencia de terceras partes. Sin embargo, el 19% de los clientes públicos percibió la consulta como cara o muy cara.
- 48% de los gastos en salud fueron dedicados a cubrir los gastos de la consulta, 31% fue gastado en materiales y 21% en medicamentos. La mediana de los gastos por consulta médica fue 3,000 Guaraníes (US.\$1.07).

### **Lugar de Residencia del Cliente**

- Los establecimientos públicos sirvieron principalmente a individuos que vivían en lugares cercanos. Más del 91% de los clientes reportó vivir a menos de 10 kilómetros del establecimiento donde recibieron atención médica.
- La proporción de clientes que residen en municipios distintos a donde se ubica el establecimiento en el que recibieron atención médica no excedió el 10%, salvo en el caso de tres municipios de Central donde entre 16% y 27% de los clientes provino de otros municipios.
- En términos de eficiencia en el diseño del sistema tributario, estos resultados sugieren que las personas que pagaron impuestos locales pueden ser los principales beneficiarios del sistema de salud financiado a través de este tipo de impuestos.

## Patrones de Uso de Servicios de Salud

### Cuidado Prenatal

- En general, 97% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos una consulta de cuidado prenatal durante el último embarazo.
- No existe una diferencia significativa según nivel socioeconómico entre las mujeres que recibieron cuidado prenatal: 93% de las mujeres más pobres y 98% de las mujeres más ricas tuvieron al menos un control. Sin embargo, las mujeres más ricas buscaron la consulta más pronto y reportaron un mayor número de visitas durante su embarazo que las mujeres más pobres.
- El 63% de las mujeres recibieron cuidado prenatal en establecimientos públicos, los cuales fueron los principales proveedores de cuidado prenatal en los tres departamentos. El nivel socioeconómico y la proporción de mujeres que recibieron cuidado prenatal en establecimientos públicos estuvieron inversamente relacionadas: 85% de las mujeres embarazadas más pobres recibió cuidado prenatal en establecimientos públicos comparado con 25% de las mujeres más ricas. Los establecimientos privados fueron el principal proveedor de servicios de cuidado prenatal para casi el 20% de todas las mujeres embarazadas, y el segundo más importante proveedor en Central (25%) después de los establecimientos públicos.
- Las mujeres más pobres pagaron costos directos e indirectos más altos que las mujeres más ricas. El costo directo por cuidado prenatal fue bajo - cerca de 60% de las mujeres gastó entre 0 y 3,000 Guaraníes (US\$1.07) durante su última visita.
- Sin embargo, 50% de las mujeres embarazadas en el grupo más rico no pagó por la consulta de cuidado prenatal comparado con 25% en el grupo más pobre.

### Servicios de Parto

- La mayoría (83%) de los nacimientos en los 5 años anteriores a la encuesta ocurrieron en establecimientos públicos, privados o semi-públicos. La mayoría (91%) de los nacimientos en Central ocurrieron en establecimientos médicos, comparados con 56% en Cordillera y 58% en Misiones. En general, 12% de los nacimientos ocurrieron en el hogar. Cordillera reportó la tasa más alta de partos en el hogar (33%) seguida de Misiones (24%) y Central (5%). Una comadrona o una enfermera obstetra atendieron uno de cada 10 partos en el hogar.
- El lugar del parto estuvo asociado con el nivel de riqueza de los individuos. La proporción de partos institucionales de las mujeres pobres fue solamente 59% comparado con 99% de las mujeres ricas. Más aún, 48% de los partos de las mujeres ricas ocurrieron en establecimientos privados comparado con 4% de los partos de las mujeres pobres.
- En general, 18% de los partos ocurrió en un establecimiento no planeado debido principalmente a que no existió suficiente tiempo para llegar al establecimiento deseado (24%), porque fue referido a otro establecimiento (22%), o porque no fueron atendidos (21%). Las mujeres pobres reportaron la falta de tiempo (41%) y el ser referidas a otro lugar (34%) como principales razones, mientras que 78% de las mujeres ricas citaron otras razones.
- 29% de los partos institucionales fueron por cesárea. Hubo poca variación por departamento o nivel socioeconómico.
- En general, la mitad de las mujeres viajó hasta 30 minutos para llegar al lugar donde tuvieron el parto y reportaron que no les costó el transporte. Las mujeres pobres tuvieron costos directos e indirectos más altos. En promedio, las mujeres pobres pagaron más en costos de transporte que las mujeres ricas.
- En referencia a los costos directos, 18% de las mujeres más pobres recibieron servicios de parto a no costo comparado con 38% de las mujeres más ricas.

## Servicios de Cuidado Post-natal

- En general, 96% de los niños nacidos en los 5 años anteriores a la encuesta recibieron cuidado post-natal, y cerca de la mitad de estos niños recibieron este cuidado entre 7 y 8 días después de haber nacido. 89% de los niños reportaron buen estado de salud en su primera visita post-natal. Cerca del 14% de los niños de los hogares pobres estuvieron enfermos en su primera visita post-natal comparado con 10% de los niños de los hogares ricos.
- Todos los niños de los hogares ricos recibieron cuidado post-natal mientras que solo 91% de los niños de los hogares pobres tuvo ese servicio. Los niños más ricos recibieron cuidado post-natal más pronto, después de su nacimiento, que los niños más pobres.
- Los establecimientos del MSPBS suministraron cuidado post-natal al 62% de todos los clientes, y fueron el principal proveedor de estos servicios en todos los departamentos y en todos los quintiles socioeconómicos, salvo en los hogares pertenecientes al quintil más rico. 89% de las mujeres más pobres acudieron a centros del MSPBS comparado con solamente 18% de las mujeres más ricas, quienes acudieron a un centro privado (49%).
- Comparado con individuos en hogares ricos, aquellos de los hogares más pobres gastaron más tiempo y dinero para llegar al lugar donde recibieron cuidado post-natal. Los clientes más pobres viajaron 30 minutos (mediana) a un costo medio de 650 Guaraníes (US\$ 0.23). En contraste, individuos de los hogares más ricos viajaron 15 minutos (mediana) y 50% de ellos reportó que el viaje no les costó.
- 24% de los individuos ricos no pagó por servicios de cuidados post-natal comparado con 27% de los individuos pobres. Aunque una proporción similar de individuos ricos y pobres recibieron estos servicios gratis, 54% de los individuos pobres pagó menos de 2,000 Guaraníes (US\$ 0.71) y 54% de los individuos ricos pagó más de 10,000 Guaraníes (US\$ 3.55), reflejando esto un mayor uso de los servicios privados por parte de los individuos de este quintil.

## Diarrea

- En general, 15% de los niños menores de 5 años experimentó al menos un episodio de diarrea en las cuatro semanas anteriores a la encuesta, para 62% de estos niños, la diarrea fue el problema más severo de salud. Cordillera presentó la prevalencia más alta (20%) mientras que en Misiones y Central fue 13%. La diarrea fue más prevalente entre los niños más pobres (21%) y menos prevalente (13%) entre los niños más ricos.
- 79% de los niños para los cuales la diarrea fue el problema de salud más severo buscó cuidado fuera de sus hogares. Esta proporción fue más baja en Cordillera (56%) y Misiones (64%), y más alta en Central (88%). 73% de los niños más pobres recibió cuidado médico fuera de sus hogares comparado con 92% de los niños más ricos.
- En general, los establecimientos del MSPBS fueron los principales proveedores de servicio de cuidado de diarrea, atendiendo casi 40% de los casos que buscaron ayuda fuera del hogar. Los establecimientos privados atendieron un 32% de los casos.
- Una proporción importante (29%) de las personas que buscaron ayuda fuera del hogar reportaron la distancia como la principal razón por la cual asistieron al centro de atención. Para los individuos de los hogares más pobres, la distancia al lugar de atención (35%) y el costo de los servicios (12%) fueron los principales determinantes en la elección del proveedor, mientras que el costo no fue un factor importante entre los individuos más ricos.
- 32% de los individuos en el quintil más pobre gastó menos de 2,000 Guaraníes (US\$0.71) en servicios comparado con 22% de los individuos del quintil más rico. Una proporción importante (24%) de los casos en los hogares más pobres pagó más de 40,000 Guaraníes (US\$14.21), mientras que ningún caso de diarrea en el quintil más rico excedió dicha suma. Los gastos en medicinas fueron mayores para los pobres que para los ricos.

## **Infecciones Respiratorias Agudas**

- 59% de los niños menores de 5 años de edad reportó tener al menos un síntoma de enfermedad aguda respiratoria (IRA) en las cuatro semanas anteriores a la encuesta. Para el 84% de estos casos, los síntomas de infecciones respiratorias fueron los únicos síntomas o fueron los más severos. Cerca del 19% de los síntomas fueron leves o moderados, y 12% fueron severos. La prevalencia de IRA varió entre 43% en Cordillera y 53% en Misiones y Central. La prevalencia fue mayor entre los niños más ricos (56%) comparado con 39% de los niños más pobres. Los niños en los hogares más ricos tuvieron una mayor proporción de casos donde las enfermedades respiratorias fue el síntoma más severo (19%).
- Como era de esperarse, el comportamiento individual para la búsqueda de cuidado médico estuvo asociado con la severidad de los síntomas presentados: casi el 70% de los casos moderados y severos buscaron ayuda fuera del hogar comparado con el 35% de los casos leves.
- En general, los establecimientos privados y fueron la fuente de cuidado para el 50% de los casos de IRA, mientras que 34% fueron tratados en establecimientos del MSPBS. Cerca del 54% de los casos en Cordillera y Misiones fueron tratados en establecimientos públicos comparado con 28% en Central. En este departamento, el sector privado jugó un papel más importante en la atención de casos de IRA (56% de los casos).
- La razón más importante para escoger al proveedor de servicios fueron la distancia (28%), la experiencia pasada (24%), y el costo de los servicios (22%). Entre los individuos más pobres, el 46% citó la distancia como la razón primordial para escoger al proveedor comparado con el 20% de los individuos más ricos.
- Los costos indirectos de tratamiento para las IRAs severas fueron mayores para los individuos más pobres que para los más ricos. 19% de las personas en el quintil más rico recibió cuidado a no costo comparado con 18% de las personas en el quintil más pobre.

## **Servicios de Planificación Familiar**

- En general, la prevalencia de uso de contraceptivos en los tres departamentos fue 46%: 36% para métodos modernos y 10% para métodos tradicionales. La tasa de prevalencia de métodos modernos varió de 45% en Misiones a 35% en Cordillera. Existió una pequeña diferencia en el uso de métodos tradicionales en los tres departamentos y en los grupos socioeconómicos.
- En general, el uso de métodos modernos aumenta con el nivel socioeconómico, aunque la relación no es estrictamente lineal. La prevalencia de métodos modernos fue más alta en el segundo quintil (39%) y moderadamente más baja (35%) en el quintil más pobre. La prevalencia de métodos tradicionales fue mayor en Cordillera (11%) y en los hogares más pobres (11%). Existió una pequeña variación entre los diferentes grupos socioeconómicos.
- En general, DIU fue el método escogido por el 20% de las usuarias, mientras que las píldoras, condones e inyecciones representaron cada uno el 16% de las usuarias. 9% de las usuarias reportó que fueron esterilizadas.
- En Cordillera, más o menos la misma proporción de mujeres utilizaron píldoras (20%), DIUs (19%), e inyecciones (20%), y sólo el 10% utilizó condones. Sin embargo, en Misiones hubo mayor variación en el uso de métodos: las píldoras fueron las más utilizadas (27%), seguido por DIUs (17%), e inyecciones y condones, cada una a su vez conformaron aproximadamente el 11% de uso.
- En general, 17% de las personas que utilizaron métodos modernos expresaron insatisfacción con el método usado en ese momento. Entre las usuarias insatisfechas, 62% expresó su deseo por cambiarse al DIU, 11% para píldoras, 9% para inyecciones, y 7% para esterilización femenina. El método preferido por las usuarias insatisfechas varía de acuerdo al nivel económico y al departamento.
- En general, establecimientos privados y comerciales atendieron a la mayoría (62%) de las usuarias de métodos modernos, mientras que 24% obtuvo sus métodos en los establecimientos del

MSPBS. Sin embargo, en Cordillera y Misiones, entre 44% y 48% obtuvo los métodos en establecimientos del MSPBS. En Central, el sector privado jugó el papel más relevante en la provisión de métodos modernos, proporcionando servicios al 68% de las usuarias.

- La provisión de servicios de planificación familiar por parte de instituciones del MSPBS varió desde 55% en el quintil más pobre a 6% en el sector más rico. Sólo el 38% de las usuarias más pobres obtuvieron contraceptivos modernos en establecimientos privados o comerciales, comparado con el 71% de los clientes en el quintil más rico.
- En general, más del 90% de los clientes de establecimientos públicos reportó satisfacción con la apariencia del establecimiento y con el nivel de privacidad durante la consulta, pero sólo 3 de cada 4 reportaron que recibieron información y orientación sobre el método moderno seleccionado.
- Las usuarias en Cordillera reportaron el gasto más alto en transporte con una mediana de 835 Guaraníes (US\$0.30), mientras que el gasto más bajo fue en Central, 361 Guaraníes (US\$0.13). El tiempo más largo de viaje (30 minutos) y más caro (616 Guaraníes, US\$0.22) fue reportado por el quintil más pobre, a su vez, el viaje más corto en tiempo (10 minutos) y más económico (151 Guaraníes, US\$0.05) fue reportado por los más ricos.
- En general, a casi el 14% de las usuarias modernas no se les cobró por contraceptivos. Por departamento, esta proporción se ubicó desde 23% en Misiones a 11% en Central. En cuanto al nivel de ingreso, 15% de las personas más ricas no pagó por servicios contraceptivos comparado con el 27% de las más pobres.

### **Uso de Servicios de Salud por Individuos Mayores de 5 años**

- De las 1,300 mujeres (ajustado por peso muestrales) que fueron entrevistadas, 39% reportó que un miembro del hogar mayor de cinco años, estuvo enfermo en las cuatro semanas antes de la encuesta. Enfermedades respiratorias fueron reportadas con mayor frecuencia (38%), seguidas por enfermedades gastrointestinales (11%), problemas dentales (7%), y otras enfermedades (18%). Los individuos más ricos fueron más propensos a sufrir enfermedades respiratorias (45%) y enfermedades crónicas (13%). Por su parte, la causa principal de enfermedades en el grupo más pobre fueron las respiratorias (31%) y las infecciones gastrointestinales (18%).
- 53% de las personas que se enfermaron interrumpieron su actividad de rutina. En promedio 3.3 días laborables se perdieron debido a la enfermedad.
- En general, 49% de las personas que se enfermaron buscó ayuda fuera del hogar, 34% recibió cuidado en el hogar, y 17% no recibió tratamiento. Los establecimientos públicos y semi-públicos trataron al 38% de los casos que buscó ayuda fuera del hogar y 35% recibió cuidado en establecimientos privados o comerciales. Los más pobres fueron más propensos a recibir ayuda en el hogar (51%) y los más ricos fueron más propensos a buscar atención fuera de la casa (55%).
- Las principales razones para escoger al proveedor fueron la distancia (citada por el 34% de las personas que buscaron ayuda fuera del hogar), conocimiento del establecimiento (20%) y cobertura del seguro de salud (19%). Experiencia previa fue la principal razón citada por los individuos más pobres (40% de aquellos que buscaron ayuda fuera del hogar). La distancia fue la segunda razón más importante citada por este grupo (20%).
- A pesar de que los individuos más pobres viajaron por más tiempo para llegar al establecimiento que los individuos más ricos -30 minutos y 15 minutos respectivamente- los individuos más ricos tuvieron un costo medio de transporte más alto.
- En relación a los costos directos, 47% de los individuos más ricos recibió atención médica a ningún costo comparado con 19% del grupo más pobre. Más aún, 8% de los individuos más ricos recibió las medicinas sin ningún costo comparado con el 2% del grupo más pobre.
- Las razones más importantes por las cuales los individuos no acudieron al establecimiento más cercano fueron: requerimiento de seguro médico (29%), la calidad de los servicios prestados en el establecimiento (22%), y el desconocimiento del personal (19%). Los individuos más pobres no

acudieron al establecimiento más cercano por percepción de una baja calidad ofrecida (39%) y desconocimiento del personal de trabajo en el establecimiento (30%).

## **Resultados Generales : Equidad en el Uso y Financiamiento de los Servicios de Salud**

El siguiente cuadro contiene un resumen los resultados encontrados en cuanto a las diferencias en el uso de servicios médicos de acuerdo al nivel socioeconómico de los individuos:

- Los hogares más pobres tienen la proporción más alta de individuos que utilizaron los establecimientos del MSPBS. Para los servicios de vacunación, cuidado post-natal y cuidado pre-natal, cerca de 80% al 90% de los individuos más pobres usaron establecimientos del MSPBS. Para los servicios de parto, planificación familiar, y enfermedades respiratorias agudas esta proporción es menor, estando entre 51% y 61%. Solamente 1 de cada 3 individuos mayores de 5 años de edad usaron establecimientos públicos para el tratamiento médico.
- Los resultados no son consistentes con la expectativa que los hogares más ricos iban a demandar más servicios de proveedores privados que de proveedores públicos. En efecto, 20-25% de los hogares más ricos usaron establecimientos públicos para cuidado pre-natal, partos, y servicios de cuidado post-natal. Más aún, 40-50% usaron estos establecimientos para el tratamiento de la diarrea y las IRAs.
- La proporción de hogares más pobres que recibieron cuidado médico sin ningún pago excedió la proporción de los hogares más ricos para los siguientes servicios: vacunas (92% versus 66%), diarrea (32% versus 22%), y planificación familiar (27% versus 15%). La proporción de hogares pobres y ricos que recibieron servicios gratis fue similar para los casos de cuidados post-natal (27% versus 24%) e IRAs (18% versus 19%).
- Contrario a lo esperado, este estudio encontró que una mayor proporción de hogares pertenecientes al quintil más rico de la población recibió servicios médicos sin ningún pago para los siguientes servicios: cuidado pre-natal (50% versus 25%), partos (38% versus 18%), y otros servicios para el tratamiento de enfermedades que afectaron a los individuos mayores de 5 años de edad (47% versus 19%).
- Para todos los servicios básicos de salud excepto para los casos de IRA y planificación familiar, los costos indirectos de buscar ayuda médica (tiempo y costo de viaje) fueron mayores para los hogares más pobres.
- Existe una diferencia importante con respecto al nivel de socioeconómico en relación a la proporción de individuos que reciben asistencia directa de médicos. Esto sugiere una diferencia en la calidad de la atención médica recibida por los distintos niveles de ingresos. Entre los individuos más pobres, los médicos atendieron 50% de los partos, 33% de los casos de diarrea, y 70% de los casos con IRAs. Por otro lado, entre los individuos más ricos, 75% de todos los partos y 100% de los casos de diarrea e IRA fueron atendidos por médicos.

**Cuadro 1. Patrones de uso y financiamiento. Algunos indicadores de equidad**

Servicios	% para quienes MSPBS fue el sitio de atención		% que recibieron tratamiento gratis		Costos para los más pobres > costos para los más ricos			% atendido por médicos	
	Quintil I	Quintil V	Quintil I	Quintil V	Indirecto	Directo	Medicinas	Quintil I	Quintil V
Pre-natal	85%	25%	25%	50%	X	X			
Partos	51%	24%	18%	38%	X	X		50%	76%
Post-natal	89%	18%	27%	24%	X				
Vacunas	77%	53%	92%	66%	X				
Diarrea	35%	38%	32% <sup>a</sup>	22% <sup>a</sup>		24% de los más pobres que pagaron $\geq$ 40000G comparado con 0% con los más ricos	X	37%	100%
IRA	61%	10%	18%	19%	Mixto <sup>b</sup>		Mayor promedio y menor mediana	70%	100%
Planificación Familiar	55%	6%	27%	15%	X				
Enfermedades entre los $\geq$ 5 años	33%	4%	19%	47%	Mixto			31%	72%

<sup>a</sup> Porcentaje de los que pagaron entre 1-2,000 Guaraníes.

<sup>b</sup> “Mixto” indica que uno de los dos componentes de los costos indirectos fué menor para el quintil más pobre

# 1. Introducción

En muchos países en vías de desarrollo, la descentralización de los servicios de salud se ha convertido en una alternativa frecuentemente usada para reformar el sector salud. La descentralización implica la transferencia de las responsabilidades administrativas de prestación de servicios de salud pública del gobierno central al gobierno local. La política de descentralización tiene defensores y detractores. Los defensores de la descentralización alegan que si el control operativo y la autoridad normativa se ubican "más cerca" de las comunidades se eliminarían la ineficiencia y la baja capacidad de respuesta que son características de un sistema jerárquico y controlado desde el centro. Los detractores ponen en duda el aumento de eficiencia que se puede obtener con el control local, y temen que los recursos puedan transferirse de servicios que producen grandes beneficios públicos hacia servicios que producen beneficios fundamentalmente privados. Sin embargo, pocas veces se han hecho estudios detallados sobre el impacto de la descentralización.

En Paraguay, la descentralización de la administración de servicios básicos de salud, actualmente en curso, proporciona una oportunidad única para estudiar el proceso de descentralización y su impacto en términos de costos y beneficios. Hay varias razones por las cuales el programa de descentralización de Paraguay presenta condiciones apropiadas para la evaluación de los procesos de descentralización. En primer lugar, como se desarrolló una estrategia de evaluación antes de la implementación total de la descentralización, fue posible la recolección de datos de línea de base que permitirán comparar los efectos de la descentralización antes y después de su puesta en práctica. En segundo lugar, la descentralización inicialmente será parcial ya que se implementará sólo en algunas regiones, y por lo tanto permitirá hacer comparaciones de la situación antes y después de la descentralización entre las regiones descentralizadas y las no descentralizadas (de control). Por último, hay bastante interés en evaluar el impacto de la descentralización de la asistencia médica por parte del Gobierno de Paraguay (GOP) y de la Agencia de EE.UU. para

el Desarrollo Internacional (U.S. Agency for International Development) (USAID/Paraguay). La información que produzca este estudio permitirá a los encargados de la toma de decisiones conocer mejor las alternativas de política a medida que implementan el modelo de descentralización.

El propósito principal de este informe es presentar los resultados de la encuesta de establecimientos de salud, la encuesta de salida de clientes y la encuesta de hogares que se realizaron en un grupo de municipios de los departamentos Central, Cordillera y Misiones de Paraguay durante la segunda mitad de 1998. Estos resultados describen el estado del sistema de salud (en cuanto a costo, eficiencia, calidad básica, equidad y uso) antes de la puesta en práctica del programa de descentralización. Los resultados que se presentan en este informe dan la línea de base para evaluar la descentralización de los servicios básicos de salud en Paraguay.

## 1.1. Antecedentes

Durante las últimas décadas ha habido una tendencia hacia la descentralización de la administración y la prestación de servicios básicos de salud financiados públicamente. La organización típica del sistema de salud asigna al gobierno nacional la responsabilidad de prestar servicios básicos de salud. Las tareas de planificación, desarrollo de estrategias y normas, y la asignación de recursos están centralizadas en el Ministerio de Salud, y los servicios de salud se prestan a través de un sistema jerárquico de hospitales, centros de salud y puestos de salud. En los últimos años, varios países han descentralizado o "transferido" algunas o todas estas tareas del nivel central a los niveles periféricos del gobierno.<sup>1</sup> En los sistemas de salud descentralizados hay diferentes modelos para asignar recursos pero, por lo general, suponen un subsidio en bloque proveniente del gobierno central o la transferencia de recursos

<sup>1</sup> Ejemplos de esto incluyen Filipinas, México, Venezuela, Papua Nueva Guinea, Brasil, Chile, Colombia, Argentina, Guatemala y Honduras.

para que el nivel local asuma la responsabilidad directa de administrar los establecimientos de salud pública en su jurisdicción.

La descentralización del sistema de salud da varias oportunidades para el cambio. En primer lugar, con algunas o todas las decisiones administrativas y normativas en manos del gobierno local, pueden ocurrir cambios en la variedad de servicios que se ofrecen, en la calidad y eficiencia con que se prestan y en el perfil de los clientes que los utilizan. En segundo lugar, y dependiendo del alcance del programa de descentralización y de los términos del plan de financiamiento que lo apoya, los gobiernos locales pueden tener la autoridad necesaria para asignar los fondos destinados a servicios de salud a áreas tales como educación u otros servicios sociales.

La tendencia hacia la descentralización de los servicios de salud ha estado motivada por la idea general de que los sistemas de asistencia médica centralizados y jerárquicos son engorrosos, poco eficientes e indiferentes a las necesidades locales. Muchas personas creen que poner la autoridad y el control operativo de la toma de decisiones en manos locales garantiza que los servicios de salud sean más receptivos a las necesidades locales en cuanto a la combinación y calidad de los servicios. Los que apoyan la descentralización también alegan que un sistema descentralizado es más eficiente y menos costoso de administrar porque hay mayor proximidad geográfica y menos distancia gerencial entre las autoridades locales y los establecimientos de salud que administran y operan.

Los detractores de la descentralización ponen en duda el aumento de eficiencia y lo deseable de la asignación de recursos que las autoridades locales puedan hacer. Cuestionan el supuesto de que un modelo descentralizado es más eficiente y alegan que independientemente de la falta de capacidades gerenciales o técnicas que tenga el gobierno central, es probable que la falta de tales capacidades en los niveles de gobierno local sea aún mayor. En lo que se refiere al supuesto de que la asignación de recursos es más eficiente en un sistema de salud descentralizado, los detractores sostienen que se puede acentuar la desviación de recursos destinados a un bien público, tal como la

asistencia médica básica, hacia el suministro de bienes privados, si se permite que los funcionarios locales tomen las decisiones de asignación. Por otra parte, hay ciertos tipos de servicios de salud que se proporcionan más eficientemente en una mayor escala, la que podría no corresponder con el territorio cubierto por los gobiernos locales. Además, los gobiernos locales podrían tomar decisiones acerca de la inversión en servicios de salud sin tener en cuenta los beneficios que podrían generarse más allá de sus fronteras locales.

A pesar de la abundante bibliografía sobre el tema de descentralización y su popularidad como alternativa de política, existen muy pocos trabajos que evalúen el impacto de la descentralización del sistema de salud. Al examinar el efecto de la descentralización sobre la eficiencia, costos, calidad básica y equidad del sistema de salud de Paraguay, este estudio aumentará nuestra comprensión de los méritos relativos de una alternativa que con tanta frecuencia se propone como componente importante de los paquetes de reforma del sector salud en los países en vías de desarrollo. Al mismo tiempo, este estudio proporciona datos y análisis detallados que los encargados de la normativa en los niveles central y local de Paraguay pueden utilizar para el diseño de políticas.

## **1.2. Perspectiva general del estudio de evaluación**

La descentralización del sistema de salud de Paraguay se evaluará en términos de su impacto sobre los costos, eficiencia, calidad básica, equidad y uso de los servicios básicos de salud. La estrategia de evaluación se basa en un diseño en que se compara la situación antes y después de la descentralización con grupo de control. Las principales unidades de análisis son los establecimientos públicos de salud, sus clientes y la población del municipio. Los datos para los indicadores de línea de base se recolectaron durante la segunda mitad de 1998. Los datos para estos mismos indicadores serán recolectados en estos mismos establecimientos y hogares aproximadamente dos años después de que se haya implementado el programa de descentralización. Los indicadores de la segunda fase se compararán

con los indicadores de línea de base para examinar el efecto de la estrategia de descentralización.

### **1.3. Organización general del informe de línea de base**

Este informe está organizado en nueve secciones. La sección 2 proporciona lo más destacado de los escenarios geográficos, sociales, demográficos y de salud en Paraguay. En la sección 3 se describen las principales características de la descentralización de los servicios de salud en Paraguay. En la sección 4 se describe el diseño y el plan de evaluación. En las secciones 5 a 9 se presentan los resultados de las encuestas, los indicadores usados y los problemas metodológicos y conceptuales específicos relacionados con sus definiciones. La sección 5 presenta los resultados de la encuesta de establecimientos. Las secciones 6 y 7 presentan los resultados del análisis de costos y eficiencia. La sección 8 presenta los resultados de la encuesta

de clientes y los indicadores de calidad básica desde la perspectiva del cliente; y la sección 9, los resultados del análisis de patrones de uso y equidad realizado usando la encuesta de hogares. Por último, los Anexos A-D incluyen los mapas, cuadros y figuras adicionales, y notas técnicas sobre la metodología usada. El Anexo E contiene los cuestionarios usados en las encuestas del estudio.

Es importante reiterar que los resultados presentados en este informe describen la situación existente durante la segunda parte de 1998, antes de la descentralización. Por tanto, y a efectos de permitir una mayor utilidad de los resultados, los resultados se presentan desagregados por departamento y por tipo de establecimiento, principalmente. Dependiendo del tipo de análisis, los resultados se presentan también por nivel socioeconómico o por otro tipo de agregación.



## 2. Antecedentes del país

### 2.1. Características geográficas

Paraguay se encuentra ubicado en el centro de América del Sur (ver Mapa A.1 en Anexo A). Tiene una superficie de 406,752 kilómetros cuadrados –un poco menor que la del estado de California– y limita con Brasil, Bolivia y Argentina. El Río Paraguay divide al país en dos áreas geográficas definidas. La región occidental, o Chaco, ocupa más del 60% del territorio de Paraguay, pero sólo tiene un 2.5% de la población. El Chaco es una región con llanuras relativamente áridas. La mayoría de la población (97.5%) y de la actividad económica de Paraguay están en la región oriental, caracterizada más que nada por colinas boscosas y llanuras cubiertas de hierba (PAHO, 1998; Ramírez de Rojas, 1997).

### 2.2. Perfil sociodemográfico

La población de Paraguay, de aproximadamente 5.2 millones de personas (a mediados de 1998), es una de las de más rápido crecimiento en los países de América Latina. La población aumentó más del triple entre 1950 y 1992 y creció a una tasa anual de 3.2% entre 1982 y 1992. La actual tasa de crecimiento anual es del 2.7%, la cual, si se mantiene, hará que la población se duplique en sólo 26 años. Se espera que el rápido crecimiento continúe debido a la estructura etaria del país; cerca del 40% de la población tiene menos de 15 años (PRB, 1998; ENDSR, 1997).

La tasa global de fecundidad (TGF) actual de 4.4, concuerda con la alta tasa de crecimiento. Entre los países de América del Sur, Paraguay tiene la segunda TGF más alta después de Bolivia (4.8). La TGF varía considerablemente de una región geográfica a otra dentro de Paraguay: 5.7 en áreas rurales, 3.3 en áreas urbanas y 2.9 en Gran Asunción (ENDSR, 1997).

La población urbana, calculada en 52% del total, sobrepasó a la población rural por primera vez en 1992. El doce por ciento de la población de Paraguay vive en Asunción, que tiene una densidad de población de aproximadamente 481.5 habitantes por kilómetro cuadrado. La población

es relativamente homogénea: 95% son *mestizos* y 93% son católicos. Los paraguayos hablan dos idiomas principales: Español y Guaraní. Según el censo de 1992, el 57% de las familias habla español, el 87% habla Guaraní y un 50% habla los dos idiomas. Los porcentajes de alfabetismo en hombres y mujeres son relativamente altos, 94% y 91% respectivamente (ODCI, 1999; PRB, 1998; Flecha, et al., 1991).

### 2.3. Perfil de salud

La expectativa de vida al nacer es de 69 años, 66 años para los hombres y 71 años para las mujeres. Entre las muertes registradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en 1995, las principales causas de muerte entre todos los grupos etarios fueron enfermedades del sistema circulatorio (35%), neoplasma maligno (12%), causas externas (12%) y enfermedades transmisibles (11%).<sup>2</sup>

En cuanto a salud de la mujer, el nivel de mortalidad materna se ha mantenido alto y estable desde 1982. Entre 1982 y 1988 la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 188 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos, y entre 1989 y 1995 la RMM aumentó a 192. Aunque esta cifra es relativamente alta, la RMM de Paraguay es menor que la de países como Bolivia, Brasil y Perú. Las principales causas de mortalidad materna son hemorragia, complicaciones por abortos inducidos, toxemia y sepsis. Cuarenta y un por ciento de las mujeres en edad reproductora utiliza un método anticonceptivo moderno, pero un 27% manifiesta una necesidad no satisfecha de planificación familiar (UNICEF, 1998; ENDSR, 1997; Ramírez de Rojas, 1997).

En lo que se refiere a atención prenatal, el 89% de las mujeres embarazadas fue a una cita de atención prenatal, más de la mitad (57%) fue a 5 o más visitas, y el 90% recibió una inyección antitetánica. Cincuenta y siete por ciento de los nacimientos ocurrieron en establecimientos

<sup>2</sup> Se calcula que en Paraguay el 39% de las muertes no se declara. (PAHO, 1998)

médicos, y los médicos atendieron 51% de los casos. Más de dos de cada cinco nacimientos (43%) tuvo lugar en casa, y sólo un 4% fue atendido por una partera calificada (ENDSR, 1997).

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 27 por cada 1,000 nacimientos vivos y la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) es de 33 por cada 1,000 nacimientos vivos. Las principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años son pulmonía y diarrea, en tanto que las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y las infecciones parasitarias son las principales razones que llevan al público a solicitar servicios de salud personales (PAHO, 1998). Durante los tres primeros meses de vida, el 7% de los niños es amamantado exclusivamente, el 59% recibe leche de pecho complementada con líquido o sólidos, y el 8% no recibe leche de pecho. Sólo un 50% de los niños entre 12 y 23 meses está adecuadamente inmunizado, y un 11% nunca ha recibido ningún tipo de vacunas. Este nivel de cobertura de inmunizaciones es considerado inadecuado por UNICEF, la cual estima como suficiente un 80% de inmunización total para evitar la transmisión de enfermedades que se previenen con vacunas (ENDSR, 1996).

Hay notables diferencias en las condiciones demográficas y de salud por región y residencia. En general, las poblaciones de las regiones norte y este de Paraguay, y las de las áreas rurales, tienen más problemas de salud y reciben menos atención que aquellos que viven en Gran Asunción y la región Central del Sur. Los habitantes de Gran Asunción tienen los más ventajosos resultados de salud con la considerable excepción de un alto grado de infecciones respiratorias agudas (IRA) en los niños. Las poblaciones que viven en la región norte tienen la más alta TGF, el nivel más elevado de necesidades no satisfechas de anticonceptivos (33%), la más alta tasa de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, el más bajo nivel de cobertura de vacunas y el más bajo porcentaje de nacimientos ocurridos en establecimientos de salud (ENDSR, 1997).

## 2.4. Perfil económico y político

Entre los países de América del Sur, Paraguay es uno de los más pobres; tiene un PNB de \$10.2 mil millones de dólares americanos y un PNB per capita de \$2,010 (\$3,870, en valores de paridad en capacidad de compra). De hecho, Paraguay se sitúa por debajo de Brasil, Colombia, Perú y Ecuador en términos de PNB per capita (en valores de paridad en capacidad de compra). La agricultura, la industria y el sector de servicios representan el 25%, el 22% y el 53% de los \$9.8 mil millones de dólares americanos de PBI de Paraguay (\$21.9 mil millones en valores de paridad en capacidad de compra). Entre 1987 y 1997, el PBI creció a una tasa anual promedio de 3.5%. La tasa anual de crecimiento de población durante este mismo período fue sólo un poco más baja, lo que tuvo como resultado un PBI per capita relativamente estable. Las principales exportaciones de Paraguay son soya, algodón, aceites, productos de carne y productos manufacturados (Banco Mundial, 1998a y 1998c).

El país está dividido en 17 departamentos más la capital, Asunción. Los departamentos son gobernados por un *Gobernador* y un consejo departamental directamente elegidos por la población del departamento. Los departamentos están divididos en 225 municipios dirigidos por un *Intendente* y un consejo municipal elegidos directamente. Los gobiernos a nivel de departamento fueron establecidos a principios de los años noventa.

Después de un largo período de gobierno militar, Paraguay comenzó su transición hacia la democracia en 1989. Un evento importante en esta transición fue la elección de gobiernos municipales en ese año. Otros eventos claves que marcaron esta transición fueron la adopción en 1992 de una constitución, las elecciones presidenciales de 1993 y las elecciones municipales otra vez en 1996. Un Presidente electo por un período de cinco años dirige la rama ejecutiva del gobierno nacional.

## 2.5 El sistema de salud en Paraguay

### 2.5.1. Normativa

La Constitución Nacional de Paraguay (1992) declara que la salud es un derecho esencial de todos los ciudadanos y proporciona el marco legal para el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud. El mandato del Sistema Nacional de Salud es planificar y poner en práctica programas y servicios de salud como un esfuerzo coordinado entre los sectores público y privado. Para aumentar la receptividad del sistema a las necesidades de salud de la población, se da prioridad a iniciativas de salud tales como salud materna e infantil, nutrición, y control de enfermedades que se previenen con vacunas. De acuerdo con el Código de Salud No. 836/88, el *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)* es la "más alta autoridad pública del país en materia de salud y bienestar social" (PAHO, 1998:408).

En 1996, el Congreso paraguayo adoptó la Ley del Sistema Nacional de Salud (Ley 1032), que es la piedra angular del proceso actual de reforma de la salud. Los principios expresados en la ley son igualdad de acceso, calidad, eficiencia y participación social. La estrategia clave de implementación supone la descentralización del sistema de salud hacia los niveles departamentales y regionales. El país está dividido en 18 regiones de salud que se corresponden con los departamentos (PAHO, 1998).

### 2.5.2. Organización e infraestructura

El sector salud de Paraguay está organizado en tres subsectores: público, semipúblico y privado.

*Infraestructura.* En Paraguay hay 1,140 establecimientos de salud, incluyendo hospitales, centros de salud, puestos de salud, clínicas y sanatorios. En términos de infraestructura, el subsector público tiene la más extensa infraestructura (796 establecimientos, cerca del 70% del total), seguido por el subsector privado (241 establecimientos, 21% del total) y el subsector semipúblico (103 establecimientos, 9% del total) (PAHO, 1998).

*Sub-sector público.* El MSPBS es responsable de satisfacer las necesidades de asistencia médica de los paraguayos, en particular de las poblaciones

vulnerables y de bajos ingresos sin cobertura de otras instituciones. Otras de las instituciones del subsector público son las siguientes: servicios de salud militares (cobertura del 3% de la población), servicios de salud de la policía, servicios de salud municipales, corporación de recolectores de basura y el hospital universitario de la Universidad Nacional de Asunción (PAHO, 1998).

Los servicios públicos de salud pública se prestan en cuatro niveles; en cada nivel, la dotación de personal y la capacidad tecnológica de los establecimientos está basada en el tamaño de la población atendida. Los establecimientos de salud de primer nivel son los puestos de salud dotados con personal voluntario, enfermeras auxiliares y asistentes de nacimientos. La cobertura geográfica de estos establecimientos son las comunidades remotas y pequeñas (con menos de 1,000 habitantes). Los establecimientos de segundo nivel son los centros de salud, que tienen entre 6 y 19 camas y están dotadas con un equipo de profesionales de la salud que incluye doctores, dentistas, enfermeras, obstetras y demás personal de apoyo. Están diseñados para prestar servicio a poblaciones de 2,000 a 20,000 personas en asentamientos rurales y semi-urbanos. Los establecimientos de tercer nivel son los hospitales regionales y distritales que están equipados para satisfacer necesidades de salud más complejas. Los centros de salud y los puestos de salud están asignados a los hospitales regionales y distritales. El cuarto y más alto nivel incluye a los establecimientos especializados y los establecimientos de investigación (ej., tratamiento de quemaduras, medicina tropical, etc.).

*Sub-sector semipúblico.* El IPS presta servicios de salud a los empleados del gobierno y del sector privado y a sus dependientes. El IPS presta servicios a través de una red de establecimientos relativamente pequeña ubicada en las principales ciudades. La Cruz Roja de Paraguay y el Hospital Universitario Católico Nuestra Señora de la Asunción son otras dos establecimientos del subsector semipúblico (PAHO, 1998).

### 2.5.3. Gastos y financiamiento de la salud

*Gastos.* En el período comprendido entre 1990 y 1995 los paraguayos gastaron 4.3% del PBI en salud. Esta proporción representó un gasto médico

per capita de \$72 (\$161 en valores de paridad en capacidad de compra). Comparado con otros países de la región, Paraguay gasta la proporción más baja de su PBI en salud y queda en segundo lugar después de Bolivia en cuanto al gasto per capita (Banco Mundial, 1998b).

*Financiamiento.* En 1996, el presupuesto del MSPBS fue financiado por la tesorería nacional (64%), ingresos de la central hidroeléctrica de Itaipú (14%), fondos internos del MSPBS (6%),

fuentes especiales (5%) y otras fuentes (5%) (PAHO, 1998). Los servicios del IPS se financian mediante contribuciones de los trabajadores (9% de sus ingresos), empleadores (14% de los sueldos) y el Estado (1.5% de los sueldos gravables). Además, los maestros del sector público y privado, los profesores universitarios, los contratistas independientes y los trabajadores domésticos contribuyen con el 8% de sus ingresos (PAHO, 1998:412).

## 3. Reforma del sector salud: Descentralización de los servicios de salud básica

### 3.1 Antecedentes

El proceso histórico del Paraguay, ha conducido a la formación de un aparato gubernamental centralista, el cual consecuentemente frenó el desarrollo de gobiernos locales y limitó la capacidad local de realizar e implementar decisiones sobre asignación de recursos. A partir de 1989, sin embargo, el proceso de democratización de la sociedad y de reforma del estado ha llevado a replantear la relación entre el gobierno central, los gobiernos departamentales y los municipios. Esta nueva relación reconoce a los gobiernos locales como participantes activos en el desarrollo social, económico y político del país.

La reforma del sector salud en Paraguay forma parte de un proceso mas amplio de democratización y fortalecimiento de los gobiernos locales. Un elemento central de este proceso de reforma es la descentralización de los servicios de salud básicos prestados por el sector público.

### 3.2. Desarrollo de la reforma del sector salud

#### 3.2.1. Fase 1: Desconcentración

El proceso de descentralización del sector salud de Paraguay comenzó en 1990 con la transferencia de ciertas atribuciones administrativas hacia los niveles inferiores de la estructura del MSPBS, es decir desde el nivel central de este ministerio hacia sus Regiones Sanitarias. Esta fase se encuadra en lo que conceptualmente se conoce como “desconcentración.”

La desconcentración administrativa del MSPBS hacia los niveles regionales tuvo como resultado aumentar la influencia del nivel regional en la estructura administrativa del MSPBS. Por ejemplo, la desconcentración administrativa dió más poder en el proceso de toma de decisión a los Directores Regionales (funcionarios dependientes del MSPBS) quienes podían sugerir el nombramiento de funcionarios del nivel local, participar en la planificación local y en la elaboración de sus

respectivos presupuestos. La mayor atribución en la toma de decisión a nivel regional no sólo revertió la dirección en el flujo de información operativa entre los niveles periféricos del sistema institucional y el nivel central donde se encontraba el nivel gerencial y político, sino que además inició la reorganización del sistema de servicios en base a esta regionalización. Este proceso, sin embargo, sufrió una interrupción a partir del año 1993 hasta fines de 1995, debido a tendencia centralistas en el nivel político del MSPBS.

#### 3.2.2. Fase 2: Descentralización

La segunda fase de reforma, marcada por la progresiva adopción de un modelo descentralizado, se inició a fines de 1995 y se fortaleció al año siguiente, 1996, con la promulgación de la Ley 1032/96. Esta ley creó el Sistema Nacional de Salud y representó el inicio de un proceso participativo en el diseño del sistema de salud. La Ley 1032/96 es parte de la estrategia para iniciar el proceso de reforma del sector, uno de cuyos componentes principales es la descentralización de los servicios de salud.

Los objetivos explícitos de la descentralización de los servicios de salud, tal como lo afirma la Ley del Sistema Nacional de Salud, son:

- mejorar la *eficiencia* y *calidad* de las prestaciones de servicios,
- mejorar la *equidad* en la prestación de servicios, y
- promover la *participación efectiva de la comunidad* en la planificación y control de la prestación de servicios.

Por lo tanto, se espera que la descentralización de los servicios de salud produzca resultados positivos al nivel en que se producen los servicios de salud básicos, esto es, en los establecimientos de salud, y en los clientes y poblaciones a los que tales servicios van dirigidos.

Esta ley enuncia la creación de ciertos órganos en base a funciones. La ley fracciona el poder del MSPBS en varias Direcciones Ejecutivas dependientes de un Consejo Nacional de Salud. La función financiera estará dada por el Fondo Nacional de Salud; la función normativa estará dada por la Dirección Médica Nacional; y la función contralora será ejercida por la Superintendencia de Salud. El propósito de esta reforma es separar funciones buscando así elevar la eficiencia del sector en conjunto. La Dirección Médica Nacional y la Superintendencia de Salud fueron creadas por decretos presidenciales en agosto de 1998. Debido a su complejidad, el Fondo Nacional de Salud aún esta en la etapa de diseño.

Un aspecto importante que introdujo la ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud fue abrir espacio a la participación ciudadana, lo cual se da a través de la creación de los Consejos de Salud. Estos consejos están organizados a nivel local (municipal), regional (departamentales) y nacional. La conformación de estos consejos posibilitó avanzar con la descentralización, pues la ley respectiva les otorgó potestad en la planificación y control de los servicios de salud. Durante el año 1997, los esfuerzos descentralizadores del MSPBS se dirigieron principalmente a la conformación de Consejos Locales de Salud en cada municipio, y la conformación de Consejos Regionales de Salud en cada departamento.

En febrero de 1998, por medio del Decreto No. 19966 se reglamenta la ley 1032/96 en su aspecto de descentralización. El nombre del decreto es bastante ilustrativo de sus intenciones, “Por el cual se reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud”. Este decreto posibilita la transferencia temporal de los servicios básicos de salud (hospital distrital, centros y puestos de salud) a los niveles locales, es decir a los municipios. En ese sentido autoriza la transferencia temporal por parte del MSPBS a los gobiernos subnacionales de ciertas atribuciones en la prestación de los servicios básicos de salud. Esta transferencia, según el decreto, se debe instrumentalizar a través de la firma de un acuerdo entre el MSPBS y el municipio respectivo. La

transferencia no es obligatoria para todos los municipios, sino que es una “oferta”, y cada municipio puede o no solicitar la transferencia de los servicios del MSPBS. Un resumen del marco legal que sustenta el proceso de descentralización en el Paraguay se presenta en el Cuadro 3.1.

### **3.3. Implementación de la descentralización**

Hay una serie de etapas que preceden la transferencia de responsabilidades al municipio. En primer lugar, debe haber a nivel municipal apoyo político y voluntad para asumir la responsabilidad de administrar los establecimientos de salud. Además, debe existir un Consejo Local de Salud en funciones. La negociación y el acuerdo entre los representantes de los niveles central y municipal da como resultado la formalización del acuerdo mediante un documento llamado *Acuerdo Contractual de Compromiso para la Descentralización Administrativa Local en Salud*, firmado por representantes del gobierno central, entre los que se encuentra el Ministro de salud, el Intendente del municipio, otras autoridades locales y regionales, y los directivos de los principales establecimientos públicos de salud del municipio. En el *Acuerdo* se establecen las obligaciones del MSPBS, el municipio y el Consejo Local de Salud con relación a las implicancias de la transferencia de servicios.

Las responsabilidades transferidas tienen que ver con la administración, supervisión y control de los establecimientos públicos que prestan servicios básicos de salud. Los establecimientos sometidos a descentralización son los hospitales distritales, los centros de salud y los puestos de salud. El gobierno municipal, a su vez, delega la responsabilidad de administrar los establecimientos al Consejo Local de Salud. Conjuntamente, los representantes del gobierno municipal y el Consejo Local de Salud (del cual forma parte el gobierno municipal) deben preparar y poner en práctica un Plan Local de Salud, controlar la ejecución del presupuesto y supervisar su cumplimiento y el funcionamiento de los establecimientos de salud.

La puesta en práctica del Plan Local de Salud se financia con recursos provenientes de distintas

fuentes, entre las cuales se encuentran fondos del gobierno central que provienen del presupuesto general de gastos de la nación, contribuciones del municipio e ingresos propios del establecimiento de salud (pagos del usuario). El nivel de financiamiento que proporciona el nivel central está determinado por los gastos ejecutados en años anteriores y los gastos previstos en el futuro. El municipio debe contribuir con el 5% de su presupuesto para implementar el Plan Local de Salud, y los ingresos de los establecimientos se deben utilizar localmente según las instancias administrativas convenidas a fin de ser destinadas a actividades comprendidas en el Plan Local de Salud.

### **3.3.1 Roles de los actores principales**

En la transferencia de servicios básicos de salud del MSPBS a los municipios, están directamente involucrados el propio MSPBS, el gobierno municipal y el Consejo Local de Salud respectivo. Sus principales roles son los siguientes:

#### **MSPBS:**

- Transferir temporalmente los centros de atención de salud (infraestructura y equipamiento) que de él dependen al gobierno municipal, así como los correspondientes recursos para su operación
- Mantener la dotación de recursos humanos existente en el establecimiento al momento de la transferencia, cuyo salario sigue a cargo del MSPBS
- Apoyar el proceso a través de capacitación y asesoría

#### **Gobierno Municipal:**

- Aportar el 5% de su presupuesto anual como mínimo para el financiamiento del Plan Local de Salud
- Conformar el Consejo Local de Salud
- Realizar una clasificación socio-económica de la población

#### **Consejo Local de Salud**

- Preparar un Plan Local de Salud
- Garantizar el cumplimiento de las normas de vigilancia epidemiológica y notificación obligatoria de enfermedades

- Impulsar métodos y sistemas de información para el mejoramiento de la utilización de los recursos y productividad de los servicios
- Administrar los recursos financieros y económicos provenientes de las distintas fuentes
- Monitorear el cumplimiento del Plan Local de Salud
- Establecer un sistema de aranceles de los servicios a ser prestados en los establecimientos que fueron transferidos

## **3.4 Progreso del proceso de descentralización**

A finales de 1998, 23 municipios del país habían suscrito acuerdos de descentralización (17 municipios de Central, 2 municipios de Cordillera, y 4 municipios de Itapúa). Los primeros municipios en firmar los acuerdos fueron: Capiatá en mayo de 1998, e Ypané, Villa Elisa, Tobatí, Piribebuy e Ypacaraí en junio de 1998. Los restantes lo firmaron entre julio y noviembre de 1998. En 1999, 17 de los 23 municipios firman-tes, renovaron los Acuerdos de descentralización.

Puesto que la estrategia de la descentralización es nueva y sin precedentes en Paraguay, el tiempo entre la firma del acuerdo y el cambio real de régimen administrativo a nivel del establecimiento ha variado desde unas pocas semanas hasta varios meses, siendo que en gran número de ellos esto aún no ha ocurrido. Los municipios que han logrado cambios en el régimen administrativo de los establecimientos han tardado varios meses en crear las condiciones necesarias para asumir sus nuevas funciones.

En el año 1998, en sólo 10 municipios, todos del departamento Central, se lograron realizar cambios en el régimen de administración. El cambio principal consistió en que los Consejos Locales de Salud y gobierno municipales administren los recursos propios de los establecimientos provenientes de los aranceles cobrados a los clientes, los cuales fueron reinvertidos con el fin de mejorar el nivel de servicios prestados. Los recursos se utilizaron en gastos de insumos, medicamentos, mantenimiento, y contratación de cierto tipo de personal (por ejemplo para implementar un servicio de guardia). La mayoría de los

municipios que lograron realizar cambios en el régimen de administración, asumieron este papel en los últimos meses de 1998.

Para cumplir efectivamente el nuevo rol contralor, los municipios y los Consejos Locales de Salud están implementando sistemas de información gerencial (SIG) de manera de poder monitorear el desempeño de los establecimientos de salud, la calidad de los servicios y la nueva estructura administrativa. El sistema actual de monitoreo solo recopila información sobre los servicios prestados, egresos y los ingresos del establecimiento.

El municipio de Itauguá ha desarrollado un “sistema de medición del desempeño” usando indicadores básicos de producción y eficiencia. El sistema será expandido para que cubra indicadores claves de calidad, costo y rendimiento. Los informes sobre rendimiento se producirán cada tres meses y se distribuirán ampliamente en la comunidad. Este municipio ya produjo informes, conteniendo indicadores referidos básicamente a volúmenes de producción y de recuperación de costos, comparando dos instantes de tiempo, antes

y después de que haber asumido la administración de los establecimientos de salud. La municipalidad de Itauguá fue uno de los que administraron los recursos provenientes de los aranceles.

Otros municipios, basados en el modelo implementado en Itauguá, están empezando a realizar acciones para supervisar y monitorear el funcionamiento de los establecimientos de su localidad. El sistema de monitoreo de rendimiento y la amplia difusión del informe trimestral se consideran medios importante para lograr los objetivos de aumentar la participación de la comunidad, promover la transparencia en la administración pública, y alcanzar mayor legitimidad.

Las características del proceso de descentralización en Paraguay y el interés local por revisar su impacto han creado las condiciones adecuadas para que este estudio se realice. Puesto que el proceso de descentralización es un proceso nuevo y en curso, la información y el análisis generado por este estudio proporcionará respuestas actuales y oportunas a los encargados de formular la normativa sobre la eficacia de alternativas específicas de descentralización.

**Cuadro 3.1: Reforma Sanitaria en Paraguay: Marco legal de la descentralización**

<b>Constitución Nacional</b>		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Artículo 1: “La República del Paraguay es...unitario, indivisible y descentralizado...”</li><li>▪ Artículo 69: ” Se promoverá un Sistema Nacional de Salud...”</li></ul>
<b>Ley 1032/96 Diciembre 1996</b>	Crea el Sistema Nacional de Salud	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Plantea la descentralización administrativa de los servicios, y la participación de las autoridades locales y la comunidad en la gestión de los servicios a través de los Consejos de Salud Locales, Regionales y a Nivel Nacional</li><li>▪ Promueve la búsqueda de consenso y la firma de acuerdos y contratos de descentralización con las autoridades locales</li></ul>
<b>Decreto 19966/98 de Febrero/98</b>	Por el cual se reglamenta la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud, como estrategia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud – Ley 1032/96	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reglamenta la ley 1032/96 y posibilita la transferencia temporal de los servicios básicos de salud (hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud) a los niveles locales, es decir a los municipios</li><li>▪ Se instrumentaliza a través de la firma de un acuerdo entre el MSPBS y el municipio respectivo</li><li>▪ La descentralización es un “oferta”, y el municipio puede o no solicitar la transferencia de los servicios del MSPBS</li><li>▪ El municipio solicitante debe aportar el 5% de su presupuesto anual para salud</li></ul>
	Acuerdo contractual de compromiso para la descentralización administrativa local en salud	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Es la herramienta a través del cual se realiza la transferencia de servicios del MSPBS a los municipios</li><li>▪ Es suscrito entre el MSPBS y el municipio. En el se establece las obligaciones del MSPBS, el municipio y el Consejo Local de Salud con relación a las implicancias de la transferencia de servicios</li></ul>



## 4. Plan de evaluación

Esta sección describe el plan para evaluar el efecto de la descentralización del sistema de salud en Paraguay; contiene los objetivos del estudio, el diseño del estudio, información sobre la muestra, y una descripción de los instrumentos y procedimientos de las encuestas.

### 4.1. Objetivos del estudio

Los objetivos de este estudio son identificar y cuantificar los cambios que se producen en el sistema de asistencia médica como resultado de la transferencia del control administrativo de prestación de servicios básicos de salud desde el gobierno central hasta los gobiernos municipales en Paraguay. El estudio analiza el efecto de la descentralización en cuatro áreas:

- Costo de la prestación de servicios básicos de asistencia médica
- Eficiencia en el uso de recursos utilizados para prestar servicios básicos de salud
- Calidad básica del servicio en los establecimientos de salud desde la perspectiva de los clientes
- Patrones de utilización y equidad de los servicios de salud

### 4.2. Diseño del estudio

Teniendo en cuenta los objetivos de la descentralización y las áreas de desempeño que este estudio examinará, las principales unidades de análisis son los establecimientos de salud pública, sus clientes y las poblaciones de los municipios en que se encuentran. Para evaluar mejor el efecto de la descentralización, el estudio utiliza un diseño, con grupo de control, basado en la evaluación de condiciones antes y después de la descentralización. Este diseño de evaluación requiere la medición de indicadores en cada una de las cuatro áreas de desempeño antes de implementar la descentralización. Estos mismos indicadores de desempeño serán medidos en las mismas unidades de análisis dos años después de la puesta en

práctica de la descentralización. La evaluación del efecto de la descentralización se basará en la comparación y análisis de los datos de línea de base y los datos de seguimiento. Este diseño de evaluación permite dos tipos de análisis. En primer lugar, el desempeño del sistema de salud antes de la descentralización se puede comparar con el desempeño después de la descentralización en los municipios que adopten el modelo de descentralización (es decir, el grupo de descentralización). En segundo lugar, este diseño permite hacer una comparación entre el desempeño del sistema de salud en los municipios en que la descentralización ha sido puesta en práctica (es decir, en el grupo descentralizado) y el desempeño del sistema de salud en aquellos municipios en que la descentralización no ha sido puesta en práctica (es decir, en el grupo control).

Este diseño de estudio tiene varias ventajas. Como se tiene información sobre las mismas unidades en dos fechas distintas –al momento de la línea de base y dos años después– el estudio permite observar los cambios ocurridos en el tiempo. Además, tener información previa a la descentralización hará posible controlar por cualquier diferencia que pueda haber existido entre los municipios antes de la descentralización. En cierto modo, los municipios se comportan como sus propios controles. Además, debido a que no todos los municipios adoptarán el modelo descentralizado, el análisis de un grupo control permitirá observar los cambios de desempeño bajo el régimen centralizado. La evaluación del efecto será el resultado de comparar, por una parte, los indicadores de línea de base (es decir, los de antes de la descentralización) con los indicadores de seguimiento (es decir, los de después de la descentralización) y, por otra parte, comparar los resultados del grupo descentralizado con los del grupo de control. Los datos para el estudio provienen de una encuesta de establecimiento, una entrevista de salida de clientes y una encuesta de hogares.

---

**Cuadro 4.1. Servicios básicos de salud examinados en el estudio**

---

Áreas de servicios básicos de salud	Servicios
Planificación familiar	Suministro de anticonceptivos modernos reversibles
Salud materna	Atención prenatal (incluyendo vacunas y suplementos nutricionales)
	Parto normal y atención de complicaciones del parto
	Atención postnatal
	Control de cáncer cervical (PAP) [Papanicolau]
Salud infantil	Atención de la diarrea
	Atención de las infecciones respiratorias agudas (IRA)
	Atención perinatal
	Control del crecimiento y desarrollo
	Vacunas: BCG, polio, DPT, sarampión

---

El estudio se centra en tres áreas de servicios básicos de salud: planificación familiar, salud materna y salud infantil. Los servicios específicos dentro de cada área de servicio básico de salud se presentan en el Cuadro 4.1.

### **4.3. Selección de la muestra**

#### **4.3.1. Municipios**

Los municipios del estudio se seleccionaron de tres departamentos –Central, Cordillera y Misiones– ubicados en la región Centro-Sur de Paraguay. Estos departamentos se seleccionaron debido a que son las áreas donde se realizan la mayoría de las actividades de descentralización y son regiones prioritarias de USAID. El plan original era seleccionar 19 municipios, 13 para el grupo de descentralización y 6 para el grupo control. La selección inicial de los municipios fue hecha por investigadores paraguayos en mayo de 1998, antes de que cualquiera de los municipios hubiese sido descentralizado. La selección se basó en cuatro factores: (1) probabilidad de descentralización del municipio, (2) diversidad demográfica dentro del municipio, (3) diversidad económica dentro del municipio y (4) fácil acceso al municipio. La probabilidad de descentralización del municipio se estimó en base a declaraciones de las autoridades locales, capacidad local de asumir nuevos roles, predisposición de los directivos de los establecimientos de salud hacia la descentralización, y disponibilidad de ayuda técnica por parte de las ONGs que promueven la descentrali-

zación. Obviamente, la decisión final de participar en el proceso de descentralización recae exclusivamente en las autoridades municipales.

Hacia noviembre de 1998, después de recolectar los datos de línea de base, 5 municipios que se esperaba firmaran los acuerdos de descentralización no lo habían hecho, y 4 que no se esperaba que lo hicieran, sí lo habían hecho. Los evaluadores reasignaron estos municipios a los grupos de control o grupos descentralizados, según fuese apropiado. Además, el municipio de Ita firmó un acuerdo de descentralización en diciembre de 1998, lo que se tradujo en su inclusión dentro del grupo descentralizado. Esta adición y los cambios de asignación aumentaron el número total de municipios de estudio de 19 a 20: 11 en el grupo descentralizado y 9 en el grupo control. Estos dos grupos constituyen nuestro “grupo de estudio principal”.

Además, para obtener una descripción más completa del entorno de suministro de servicios de los municipios, agregamos 19 municipios (incluyendo Asunción) adyacentes a los municipios del grupo de estudio principal. Nos referimos a este último grupo de municipios como el “grupo adyacente”.

**Cuadro 4.2. Número de municipios en estudio y número de municipios por departamento**

GRUPO	DEPARTAMENTO					Total
	Central	Cordillera	Misiones	Asunción		
Estudio principal	<b>Descentralizado</b>	9	2	0	0	11
	<b>Control</b>	1	4	4	0	9
Total en el estudio principal		10	6	4	0	20
Total Adyacente		6	9	3	1	19
Número total en el estudio		16	15	7	1	39
Número total de municipios en el departamento		19	20	10	1	50

**Cuadro 4.3. Establecimientos públicos por departamento, tipo de establecimiento y grupo de estudio**

Tipo de establecimiento por grupo de estudio	Departamento				Total
	Central	Cordillera	Misiones	Asunción	
Grupo descentralizado:					
Hospital regional	0	0	0	0	0
Hospital distrital	2	0	0	0	2
Centro de salud	8	2	0	0	10
Puesto de salud	18	2	0	0	20
Total grupo descentralizado	28	4	0	0	32
Grupo control:					
Hospital regional	0	0	1	0	1
Hospital distrital	1	0	0	0	1
Centro de salud	0	4	3	0	7
Puesto de salud	2	2	7	0	11
Total grupo control	3	6	11	0	20
Total grupo de estudio principal					
Hospital regional	0	0	1	0	1
Hospital distrital	3	0	0	0	3
Centro de salud	8	6	3	0	17
Puesto de salud	20	4	7	0	31
Total grupo de estudio principal	31	10	11	0	52
Grupo adyacente:					
Hospital especializado	0	0	0	6	6
Hospital regional	1	1	0	0	2
Hospital distrital	0	0	0	0	0
Centro de salud	5	7	3	11	26
Puesto de salud	14	4	2	18	38
Total grupo adyacente	20	12	5	35	72
Total establecimientos públicos:					
Hospital especializado	0	0	0	6	6
Hospital regional	1	1	1	0	3
Hospital distrital	3	0	0	0	3
Centro de salud	13	13	6	11	43
Puesto de salud	34	8	9	18	69
Total establecimientos públicos	51	22	16	35	124

La distribución final de municipios por departamento y por grupo de estudio se presenta en el Cuadro 4.2. Más del 70% del total de municipios de cada departamento se incluye en el estudio.

El Mapa A.2 del Anexo A muestra la ubicación de los departamentos, y la ubicación de los municipios del grupo de estudio principal y del grupo adyacente. La lista de municipios se presenta en el Cuadro A.1 que acompaña al Mapa A.2.

#### **4.3.2. Establecimientos públicos de salud**

En el grupo de estudio de 39 municipios, todos los establecimientos públicos sometidos a descentralización (hospitales distritales, centros de salud y puestos de salud) se incluyeron en la muestra<sup>3</sup>. El marco de muestra de la encuesta fue proporcionado por una lista de establecimientos públicos preparada por el MSPBS. Esta lista se complementó con la lista de establecimientos utilizada por el sistema de información del MSPBS. La muestra contenía un total de 56 establecimientos del grupo de estudio principal y 81 establecimientos del grupo adyacente. Tal como se muestra en el Cuadro 4.3, se llegó a encuestar un total de 124 establecimientos públicos: 52 en el grupo de estudio principal y 72 en el grupo adyacente<sup>4</sup>. Los establecimientos ubicados en el grupo de estudio principal recibieron el conjunto completo de instrumentos de encuesta (descrito a continuación). Los establecimientos ubicados en los municipios adyacentes recibieron una versión corta del cuestionario de inventario del establecimiento (descrito a continuación en esta sección). El Mapa A.3, en el Anexo A, muestra la ubicación geográfica de los establecimientos de salud pública de la muestra. Los mapas A.3.1, A.3.2, y A.3.3 del Anexo A muestran los establecimientos públicos de Cordillera, Misiones y Central incluidos en la muestra.

---

<sup>3</sup> Para Asunción sólo se incluyó una muestra de establecimientos públicos

<sup>4</sup> En relación a los cuatro establecimientos no encuestados en el grupo de estudio principal: uno no se encontró, otro ya estaba incluido en la muestra con un nombre diferente, uno estaba cerrado y al otro fue difícil obtener acceso. En relación a los nueve establecimientos no encuestados en las áreas adyacentes: todos eran de difícil acceso.

#### **4.3.3. Establecimientos de salud privados**

Además de los establecimientos públicos del grupo adyacente, se recolectaron datos de una muestra de establecimientos de salud privados del grupo de estudio principal y del grupo adyacente, como control adicional para el entorno de servicio de salud general al que las personas tienen acceso en los municipios. Una lista de establecimientos privados preparada por el MSPBS proporcionó el marco de la muestra. Se identificaron veinticinco establecimientos privados para la encuesta. Se encuestó un total de 19 establecimientos privados<sup>5</sup>. La versión corta del cuestionario de inventario del establecimiento se administró en los establecimientos privados. El Cuadro 4.4 presenta la distribución de los establecimientos por tipo, grupo de estudio y departamento.

#### **4.3.4. Clientes de establecimientos de salud**

Para examinar la calidad de la atención desde la perspectiva del cliente, a una muestra de 1,261 clientes de establecimientos del grupo de estudio principal –1,151 de establecimientos públicos y 110 de establecimientos privados– se les pidió que respondieran a un cuestionario corto de salida<sup>6</sup>. El número de clientes a entrevistar en cada establecimiento fue proporcional al número promedio diario de clientes que se presentaban a solicitar servicios básicos de salud en cada establecimiento. La carga promedio de clientes diarios se determinó por medio de los registros de servicio mensual de julio y agosto de 1997. Dada la práctica general de brindar servicios de salud específicos en determinados días de la semana, las entrevistas de salida se realizaron en cada establecimiento durante dos días consecutivos (lunes y martes o jueves y viernes) para garantizar que la encuesta capturara la opinión de los clientes sobre

---

<sup>5</sup> Hubo varios problemas durante el trabajo de campo: varios establecimientos privados fueron difíciles de encontrar debido a nombres y direcciones incorrectos. Además, varios establecimientos estaban cerrados o simplemente no pudieron encontrarse. Se hicieron entrevistas a miembros de la comunidad para identificar establecimientos privados del área y reemplazar los establecimientos que faltaban.

<sup>6</sup> El plan original era entrevistar a 1,300 clientes. La diferencia de 49 clientes corresponde a los clientes de los cuatro establecimientos públicos que no fueron encuestados. (Ver sección 4.3.2.).

**Cuadro 4.4. Establecimientos privados por departamento, tipo de establecimiento y grupo de estudio**

Tipo de establecimiento privado por grupo de estudio	Departamento				Total
	Central	Cordillera	Misiones	Asunción	
Grupo descentralizado:					
Sanatorios	7	0	0	0	7
Clínicas	3	0	0	0	3
Total grupo descentralizado	10	0	0	0	10
Grupo control:					
Sanatorios	0	0	1	0	1
Clínicas	2	0	0	0	2
Total grupo control	2	0	1	0	3
Grupo de estudio principal:					
Sanatorios	7	0	1	0	8
Clínicas	5	0	0	0	5
Total grupo de estudio principal	12	0	1	0	13
Grupo de estudio adyacente:					
Sanatorios	4	1	0	0	5
Clínicas	0	0	0	1	1
Total grupo adyacente	4	1	0	1	6
Total por tipo de establecimiento:	11	1	1	0	13
Sanatorios	5	0	0	1	6
Clínicas					
Total establecimientos privados	16	1	1	1	19

una gran variedad de servicios. Este diseño de muestra proporciona una muestra representativa de clientes. Las entrevistas de salida de clientes se hicieron sólo en el grupo de estudio principal de establecimientos.

#### 4.3.5. Hogares

Para obtener información sobre las características socioeconómicas, resultados de salud y comportamiento de búsqueda de asistencia médica de los habitantes de los municipios fue necesaria una encuesta de hogares. Debido a que el trabajo de campo propuesto para esta encuesta de hogares coincidía con el de la *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998* (ENSMI 98), se decidió integrar nuestra encuesta de hogares con la ENSMI 98. La fusión de estas dos encuestas también fue apropiada por las siguientes dos razones: en primer lugar, la ENSMI 98 es una encuesta de hogares que produce resultados representativos a nivel nacional para familias con por lo menos una mujer en edad reproductiva (15

a 44 años). La ENSMI 98 también genera estimaciones representativas para niños menores de cinco años. Puesto que este estudio se centra en la prestación y utilización de servicios básicos de salud materno infantil, el diseño de la ENSMI 98 es adecuado porque utiliza una muestra representativa de la población considerada como objetivo de estos servicios básicos de salud. En segundo lugar, la ENSMI 98 genera resultados representativos para la población de Central, Cordillera y Misiones. MEASURE Evaluation coordinó el diseño de la muestra y del cuestionario con el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) y con el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que estaban llevando a cabo la ENSMI 98. La muestra de hogares de la ENSMI 98 se amplió en los 19 municipios del grupo de estudio principal<sup>7</sup> para completar 1,200 entrevistas en el área del estudio principal.

<sup>7</sup> Al momento de determinar la muestra de hogares, el municipio de Ita no había sido incluido en el estudio.

Además, se modificó el cuestionario de la ENSMI 98 para incluir preguntas de interés para el estudio. Se completó un total de 2,150 entrevistas en Central, Cordillera y Misiones.

Para obtener más detalles acerca del diseño de la ENSMI 98 consulte la *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998. Informe preliminar*

## 4.4 Instrumentos de recolección de datos

En este estudio se recolectaron datos en tres niveles, a nivel de establecimiento, a nivel de cliente y a nivel de población, usando tres instrumentos de recolección de datos distintos pero relacionados.

### 4.4.1. Cuestionarios de establecimiento

Para recolectar información sobre las características de los establecimientos se administraron cinco cuestionarios en cada uno de los establecimientos públicos del grupo de estudio principal y se administró un cuestionario simple y condensado (cuestionario de inventario corto) en todos los establecimientos privados y en los establecimientos públicos del grupo adyacente. El Cuadro 4.5 presenta la lista de los cuestionarios de establecimiento y los lugares en que se administraron, y el Cuadro 4.6 presenta información sobre el contenido y la fuente de información de cada cuestionario.

Se utilizó una serie de técnicas de recolección de datos para recolectar la información sobre los establecimientos. Se utilizaron entrevistas personales con los directivos de los establecimientos y demás personal conocedor del establecimiento para recolectar información sobre disponibilidad de servicios, características de operación y diversos procedimientos del establecimiento. La observación directa del entrevistador se utilizó para completar el inventario de materiales, equipo y espacio físico del establecimiento. Se obtuvo información sobre producción y costos del servicio de salud mediante un estudio de los registros del establecimiento. Los miembros del personal completaron una hoja de horario autoadministrada para examinar la asignación de

tiempo entre distintas actividades<sup>8</sup>. El conjunto de cuestionarios se presenta en el Anexo E.

### 4.4.2. Cuestionario de salida de clientes

Se utilizó el cuestionario de salida de clientes para obtener información de una muestra de clientes que fueron a establecimiento públicos y privados en el grupo de estudio principal. La información recolectada fue: características socioeconómicas del cliente; razón de la cita médica ese día; servicios recibidos durante la cita; lugar de residencia, tiempo de viaje y costo; cantidad que se pagó por los servicios recibidos; tiempo de espera; duración de la consulta; nivel de satisfacción con los servicios recibidos; y evaluación por parte del cliente de la competencia del proveedor de servicios. El cuestionario de salida de clientes

---

<sup>8</sup> Uno de los principales factores para medir el costo y el rendimiento de la prestación de los servicios de asistencia médica es la manera en que se distribuye el tiempo del personal entre diversos tipos de atención a pacientes, obligaciones administrativas y tiempo improductivo. Ha habido bastante debate sobre la mejor manera de medir el uso del tiempo clínico. Se han puesto a prueba varios métodos: encuestas de personal, análisis de flujo de pacientes, hojas de horario autoadministradas y estudios sobre tiempo y movimiento por un observador calificado. Un estudio reciente (Bratt, et al., 1998) sugiere que aunque los estudios sobre tiempo y movimiento son el mejor método a utilizar, las hojas de horario autoadministradas no producen resultados muy distintos de los métodos de observación directa. Debido a que los métodos de observación directa son muchos más costosos de administrar, utilizamos hojas de horario autoadministradas para obtener estimaciones del tiempo de contacto con el paciente. La hoja de asignación de tiempo registró la hora de inicio y la hora de terminación de cada contacto del personal con el paciente durante una semana. Los contactos con pacientes se registraron en un número limitado de tipos de servicio: planificación familiar, visitas prenatales, vacunas a niños, tratamiento de enfermedades infantiles respiratorias o diarrea, atención posnatal y una categoría para todos los otros contactos con el paciente. Además, se obtuvo información sobre la asignación de tiempo del personal para servicios específicos de parte del director del establecimiento y de médicos familiarizados con las prácticas clínicas estándar en los establecimientos públicos de Paraguay. Estas dos fuentes de datos produjeron estimaciones bastante similares sobre el uso del tiempo del personal.

utiliza las mismas preguntas socioeconómicas de la encuesta de hogares y de ese modo permite a los evaluadores examinar el estrato socioeconómico de los clientes de los establecimientos de salud. El cuestionario se presenta en el Anexo E.

#### 4.4.3. Cuestionario de la encuesta de hogares

La encuesta ENSMI 98 recolectó los siguientes tipos de información:

- Características socioeconómicas y demográficas de la familia: composición de la familia, medidas indirectas de ingreso y riqueza, edad, educación, actividad económica e historial de maternidad de las mujeres.
- Salud y comportamiento de búsqueda de servicios de salud: descripción de los problemas de salud de los miembros de la familia, decisiones relacionadas con la asistencia médica y factores que pueden afectar tales decisiones, tales como gravedad de los problemas de salud, si la persona solicitó atención médica para el problema, fuente de atención, selección del proveedor, pagos al proveedor, distancia

de viaje y otros costos relacionados con la búsqueda de atención médica, y satisfacción con la atención recibida.

La persona encuestada fue una mujer (15 a 44 años) del hogar seleccionada al azar, que respondió preguntas acerca de sí misma, sus hijos y su familia. Se escogió al azar a uno de sus hijos (menor de 5 años) como sujeto de un cuestionario detallado sobre salud con información acerca del lugar en que se obtuvo asistencia médica para el niño. Además, a la mujer se le hicieron preguntas sobre la salud de otro miembro (mayor de 5 años) de la familia y sobre la disponibilidad de servicios de salud. Este diseño proporcionó información acerca de una muestra representativa de miembros de la familia. A pesar de que recolectamos información acerca de los hombres de la familia, esperábamos que la mayor información correspondería a mujeres y niños. La información sobre las mujeres y los niños es particularmente útil para los propósitos de este estudio porque los servicios básicos de salud prestados en los tipos de establecimientos estudiados están dirigidos expresamente a estos dos grupos de la población.

**Cuadro 4.5. Cuestionarios de establecimiento por ubicación de administración**

Cuestionario	Grupo de estudio principal (20 municipios)		Grupo adyacente (19 municipios)	
	Público (52 establecimientos)	Privado (13 establecimientos)	Público (72 establecimientos)	Privado (6 establecimientos)
Inventario	✓			
Observación	✓			
Asignación de tiempo	✓			
Entrevista de salida de clientes	✓	✓ *		
Inventario corto		✓	✓	✓

\*: Solamente en una muestra de 6 establecimientos privados.

## 4.5. Procedimientos de la encuesta

### 4.5.1. Encuesta de establecimientos

MEASURE Evaluation preparó los cuestionarios de la encuesta de establecimientos e investigadores paraguayos conocedores de las características del sistema de salud de Paraguay los revisaron en Asunción. Se reunió un equipo especial de entrevistadores para llevar a cabo la encuesta de establecimientos. La mayoría de los entrevistadores estaba bastante familiarizados con las características del sistema de salud en Paraguay. En junio de 1998 se realizó un taller de capacitación de cinco días de duración para los entrevistadores. Después de la capacitación, los entrevistadores hicieron una prueba piloto de los instrumentos en varios establecimientos de salud pública. Se realizaron modificaciones a los instrumentos después de la prueba piloto y después de extensas consultas con investigadores y médicos clínicos

paraguayos. Se estableció comunicación con las autoridades sanitarias de las regiones para presentar el estudio y obtener el acceso necesario a los establecimientos. La cooperación para la encuesta se proporcionó con entusiasmo. El trabajo de campo de la encuesta comenzó el 29 de junio de 1998. Sin embargo, pocos días después de comenzar el trabajo de campo, se declaró una inesperada huelga de médicos en los establecimientos públicos. Teniendo en cuenta que el principal propósito de la encuesta era proporcionar una medida del ambiente que rodeaba a la prestación de servicios en un momento dado, era importante que la visita se hiciera cuando las condiciones predominantes fuesen típicas o representativas. Con tales criterios en mente se revisó a fondo el plan del trabajo de campo. Puesto que la huelga no era a nivel nacional y su intensidad variaba de una región a otra –Cordillera y Misiones no fueron tan afectadas como

**Cuadro 4.6. Descripción de los cuestionarios de establecimiento**

Cuestionario	Muestra	Fuente de información	Contenido
Inventario	Uno por establecimiento	Director o personal conocedor del establecimiento	Tipo de establecimiento, propiedad, ubicación, disponibilidad de los servicios, personal (número, tipo, sueldos), horas de trabajo, charlas de grupo, capacitación de personal, aranceles, supervisión, materiales básicos, uso del tiempo del personal.
Observación	Uno por establecimiento	Observación del entrevistador y registros del establecimiento	Materiales de IEC, remisiones, estadísticas de servicio, medicamentos básicos, equipo básico
Asignación de tiempo	Personal que presta servicios de salud	Personal	Hora de inicio y de término del trabajo del personal, tipo de servicio prestado, presencia de otros miembros del personal
Entrevista de salida	Número de encuestados proporcional a la carga diaria promedio de clientes del establecimiento	Clientes	Características socioeconómicas, tipo de cita médica, espera, duración de la consulta, características de la consulta, pagos, satisfacción del cliente, características de la familia
Inventario corto	Uno por establecimiento	Director o personal conocedor del establecimiento	Ubicación, servicios, personal, charlas informativas, capacitación de personal, aranceles, materiales básicos

Central— se decidió concentrar la actividad primero en las áreas no afectadas por la huelga. También se decidió encuestar los establecimientos en que se utilizaría el cuestionario de inventario corto. Este cuestionario recolecta información sobre las características básicas e insumos disponibles en el establecimiento (no sobre sus resultados o procesos); por lo tanto, no era probable que los datos recolectados fueran afectados por la huelga. La huelga duró dos meses. Durante ese tiempo, la extensión de la huelga fue estrechamente monitoreada para minimizar cualquier influencia negativa sobre el trabajo de campo y la calidad de los datos. Cuando terminó la huelga, se reanudó el trabajo de campo y se terminó a fines de octubre de 1998. La entrada y corrección de datos se hizo en Asunción.

Tal como se explicará en las secciones sobre costo y rendimiento, se seleccionaron cuatro establecimientos para volver a visitarlos y así obtener estimaciones de los costos indirectos de la prestación de servicios. Estos cuatro establecimientos se escogieron en base a la información sobre capacidad proporcionada por la encuesta de establecimientos. Las visitas se planificaron para fines de octubre. Se preparó un cuestionario especial para tal propósito. Sin embargo, el trabajo de campo para las visitas fue afectado por una campaña nacional de vacunación que realizó el MSPBS durante noviembre y diciembre de 1998. La campaña de vacunación se hizo en centros comunitarios y por medio de visitas a hogares, lo cual implicó que hubiera poco personal presente en los establecimientos para responder a las entrevistas. Fueron necesarias varias visitas a los establecimientos para recolectar la información. También se visitaron las oficinas de salud regionales y centrales para complementar la información sobre costos indirectos. Las visitas a los cuatro establecimientos continuaron hasta diciembre de 1998. La recolección de información del nivel central y regional continuó hasta marzo de 1999. La limpieza y el análisis de datos se hizo en Asunción y en Carolina del Norte.

#### **4.5.2. Encuesta de entrevista de salida de clientes**

MEASURE Evaluation preparó el cuestionario de la entrevista de salida de clientes e investigadores

paraguayos lo revisaron en Asunción. Después de buscar una agencia local, se escogió el Instituto de Comunicación y Arte (ICA), que tiene amplia experiencia en la recolección de datos, para hacer la encuesta. El cuestionario se tradujo al español y al guaraní, que es el idioma local. La capacitación de entrevistadores y la prueba piloto del cuestionario de la entrevista de salida se hicieron durante junio de 1998 con la asistencia de MEASURE Evaluation. El cuestionario fue corregido después de la prueba piloto. El trabajo de campo se planificó para que coincidiera con la encuesta de establecimientos, y comenzó el 6 de julio de 1998. Sin embargo, la huelga de médicos también afectó negativamente el trabajo de campo. Se encontraron pocos clientes en los establecimientos públicos y se sospechó que algunos podían haber cambiado a proveedores de asistencia médica privada. Puesto que bajo esas condiciones la encuesta de salida de clientes podía no proporcionar información de una muestra representativa de clientes de establecimientos públicos, se decidió postergar el trabajo de campo hasta el final de la huelga, o hasta que se restablecieran las operaciones “normales” de los establecimientos. La huelga terminó el 11 de septiembre de 1998. Las operaciones de trabajo de campo se reanudaron el 18 de septiembre y duraron hasta fines de octubre de 1998. La entrada y limpieza de datos se hizo en Asunción. El procesamiento y el análisis de los datos se hicieron en Carolina del Norte. Es necesario importante que casi ningún cliente se rehusó a contestar el cuestionario.

#### **4.5.3. Datos de hogares**

Durante junio de 1998, se realizaron reuniones con investigadores del CDC y del CEPEP en Atlanta para revisar el cuestionario e incluir las preguntas necesarias para el estudio. También se modificó la muestra para lograr los objetivos del estudio. Para facilitar la operación de campo de la encuesta se hicieron todas las preguntas a todas las familias encuestadas en Central, Cordillera y Misiones. Es decir, la encuesta de hogares proporciona datos relevantes sobre salud y comportamiento de búsqueda de servicios de salud para una muestra representativa de la población de cada uno de estos tres departamentos.

Se hizo una prueba previa de la encuesta durante agosto y se corrigió el cuestionario de acuerdo con los resultados. La capacitación de los entrevistadores fue en agosto y comienzos de septiembre. Estas operaciones de la encuesta fueron hechas por el CEPEP y los CDC, y contaron con la asistencia de MEASURE Evaluation. El trabajo de campo comenzó a mediados de septiembre y duró hasta principios de diciembre de 1998.

El CEPEP hizo la consignación, edición y limpieza de datos en Asunción<sup>9</sup>. Los datos de las familias fueron entregados a MEASURE Evaluation a mediados de abril de 1999.

---

<sup>9</sup> Para obtener mayor información sobre los procedimientos de la encuesta ENSMI 98, consultar la *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998. Informe Preliminar*.

## 5. Resultados: Encuesta de establecimientos de salud

En esta sección se presentan los resultados de la encuesta de establecimientos de salud. Los resultados están organizados de acuerdo a las siguientes características clave: servicios ofrecidos, dotación de personal, capacitación del personal, aranceles, disponibilidad de materiales de información, educación y comunicación (IEC), suministro y desabastecimiento de medicinas y anti-conceptivos, procedimientos de registros, y prácticas de supervisión.

La muestra contiene un total de 143 establecimientos de salud ubicados en 39 municipalidades. Es importante recordar que se utilizaron diferentes instrumentos según la ubicación y el tipo de establecimiento. Todos los establecimientos públicos de los 20 municipios del grupo principal de estudio recibieron el juego completo de cuestionarios de encuesta (es decir, los cuestionarios de inventario, observación, asignación de tiempo, y salida de clientes). Había 52 establecimientos públicos en este grupo. En los establecimientos públicos ubicados en los 19 municipios del grupo adyacente, y en la muestra de establecimientos privados, se administró el cuestionario de inventario corto. Había 72 establecimientos públicos y 19 establecimientos privados en este grupo.

Considerando los diferentes instrumentos utilizados, y como principio general de organización, en esta sección hemos utilizado el mayor número de observaciones disponibles para estimar cada indicador. Esto hará que los resultados, que se presentan por departamento y por tipo de establecimiento, sean más representativos y útiles desde un punto de vista normativo.

En términos de la presentación de los hallazgos de línea de base hemos hecho dos ajustes. Primero, para facilitar la comparación de un departamento a otro hemos utilizado solamente establecimientos públicos para obtener resultados agregados por departamento, y presentamos todos los establecimientos privados en un solo grupo. La razón de esto es que la mayoría de los establecimientos privados de la muestra están en Asunción o en Central, en tanto que casi todos los estableci-

mientos en Cordillera y en Misiones son públicos. En la medida en que los establecimientos privados de salud son fundamentalmente diferentes de los públicos, los resultados por departamento habrían estado sesgados sin este ajuste. En segundo lugar, en la muestra de establecimientos hay seis hospitales especializados, todos los cuales están ubicados en Asunción. Estos hospitales prestan servicios especializados, como por ejemplo, tratamiento de cáncer o de quemaduras, y no son afectados por el programa de descentralización que se aplica solamente a los establecimientos públicos que suministran servicios básicos de salud. La información de estos seis establecimientos es excluida del análisis.

Finalmente, desde el inicio de este estudio hemos intentado definir indicadores básicos de producción y prestación de servicios que están potencialmente dentro del control de las personas encargadas del diseño e implementación de políticas, y que más influyen en la calidad del producto –servicios de salud– y en la accesibilidad que a ellos tenga el cliente. De ese modo se incluyen los servicios ofrecidos, disponibilidad de personal médico, calidad básica de los servicios ofrecidos, competencia y eficiencia del personal involucrado, oportunidades de tratar dudas e inquietudes de los clientes, etc. Los indicadores presentados en esta sección deben verse desde esta perspectiva.

Un mayor nivel de desagregación de los resultados de esta sección se presenta en el Anexo B.

### 5.1 Disponibilidad de servicios de salud

Uno de los intereses principales de este estudio es examinar la prestación de servicios básicos de salud, específicamente los servicios de planificación familiar, salud materna, y salud infantil. Lo apropiado de los servicios influye en la calidad, la equidad, la eficiencia y el costo. La cantidad o tipo de servicios que se ofrece es generalmente considerada una medida de calidad. La cobertura de estos servicios es una medida de equidad entre regiones. Finalmente el número de servicios

ofrecido en un establecimiento en particular afecta la eficiencia y el costo.

### **5.1.1. Servicios de planificación familiar**

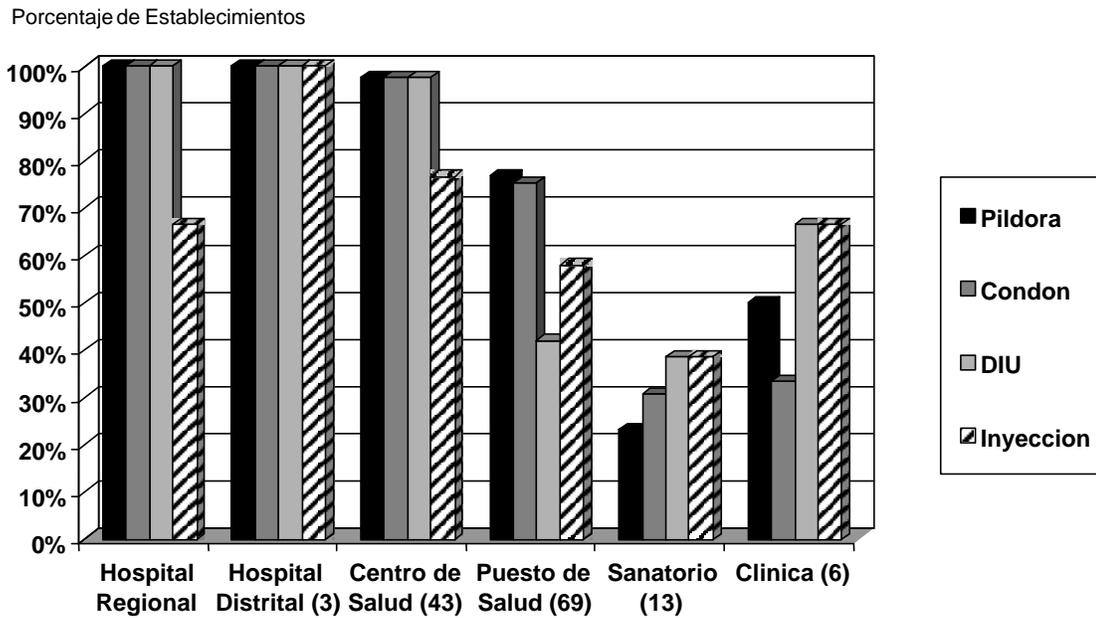
**Disponibilidad.** La mayoría de establecimientos públicos dispone de los principales métodos de planificación familiar. Sin embargo, en la muestra hay diferencias significativas en cuanto a disponibilidad de servicios. Como se muestra en la Figura 5.1, casi todos los hospitales y centros de salud ofrecen píldoras, condones y DIU. La disponibilidad de estos tres métodos es menor en los puestos de salud; aproximadamente un 75% de los puestos de salud ofrece píldoras y condones pero sólo un 42% ofrece DIU. Hay relativamente menos disponibilidad de inyecciones que de los otros métodos reversibles. Aproximadamente un 76% de los centros de salud, y sólo un 58% de los puestos de salud, ofrece inyecciones. La Figura 5.1 muestra una menor disponibilidad de todos los métodos en los establecimientos privados, aunque los métodos clínicos (DIU e inyecciones) son relativamente más disponibles en comparación con los métodos menos clínicos (condones y píldoras).

La Figura 5.2 muestra la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos públicos por departamento y en todas los establecimientos privados. En Cordillera y Misiones hay amplia disponibilidad de píldoras y condones en tanto que en los establecimientos públicos de Central y Asunción la disponibilidad es menor. Hay menos disponibilidad de inyecciones en Cordillera, donde casi el 60% de los establecimientos carece de este método. Misiones es el departamento con menor disponibilidad de DIU en establecimientos públicos. Es interesante destacar que a pesar del hecho de que Asunción es la capital y que Central es considerado como uno de los departamentos más desarrollados, la disponibilidad de anticonceptivos es menor en estas dos áreas que en otros departamentos. Este resultado se mantiene aún incluyendo los hospitales especializados (que no se presentan) y es uno de los patrones que va a emerger frecuentemente en los análisis subsiguientes. Los mapas A.4-A.7, en el Anexo A, presentan la disponibilidad de píldoras, condones, DIU e inyecciones en los establecimiento públicos de la muestra.

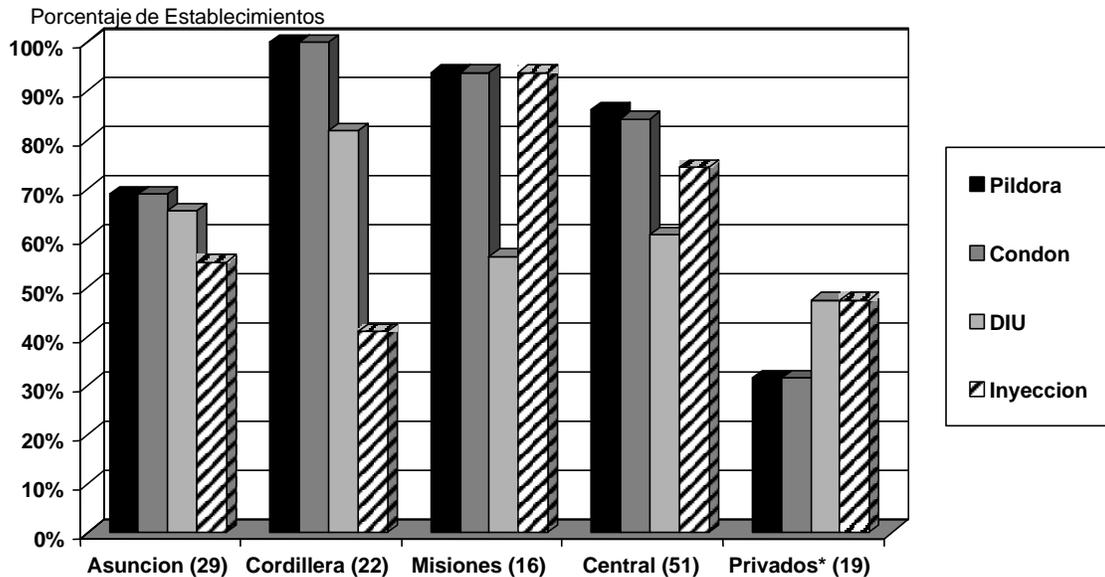
**Agotamiento de métodos.** De acuerdo con el marco de trabajo de calidad de atención médica elaborado por Bruce y sus colegas (1990), tanto la variedad de métodos anticonceptivos como la disponibilidad del método preferido por el cliente al momento de su visita son directamente responsables de la adopción y continuación del uso de los anticonceptivos modernos. Las figuras 5.3 y 5.4 presentan el porcentaje de establecimientos que sufrieron agotamiento de métodos específicos normalmente ofrecidos en algún momento de los seis meses que preceden a la encuesta. Este indicador le permite a uno identificar los establecimientos y áreas en que hay problemas con el suministro de métodos anticonceptivos. Es importante mencionar que las condiciones de agotamiento también pueden relacionarse con la demanda de servicio y no son necesariamente una indicación de una debilidad administrativa. Sin embargo, los altos niveles de agotamiento y reiterados episodios de agotamiento podrían indicar que el suministro de métodos no está respondiendo adecuadamente a la demanda del método.

Los agotamientos de métodos específicos son un claro problema en los centros de salud y puestos de salud. Como lo muestra la Figura 5.3, de los centros de salud que ofrecen cada tipo de método, 24% tuvo un agotamiento de píldoras, 40% tuvo un agotamiento de condones, 38% tuvo un agotamiento de DIU, y 57% de los centros de salud tuvo agotamiento de inyecciones. El problema de agotamiento de inyecciones es especialmente grave. Las inyecciones estuvieron agotadas en todos los tipos de establecimientos públicos, incluso en los hospitales. El agotamiento de las inyecciones puede reflejar la falta de jeringas y la falta de fórmula hormonal en sí. Los puestos de salud también informaron que tenían problemas de agotamiento, pero la situación era menos grave que en los centros de salud. Este resultado puede considerarse alentador si suponemos que la mayoría de los clientes van al puesto de salud inicialmente en busca de métodos anticonceptivos menos clínicos.

**Figura 5.1.**  
**Disponibilidad de Servicios de Planificación Familiar**



**Figura 5.2.**  
**Disponibilidad de Servicios de Planificación Familiar en Establecimientos Públicos por Departamento, y en todos los Establecimientos Privados**



\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

La Figura 5.4 presenta la incidencia de agotamientos en los establecimientos públicos por departamento, y en todos los establecimientos privados. En contraste con la medida previa, no hay ningún departamento que haya tenido un problema de suministro de todos los métodos. Cordillera y Misiones tuvieron la más alta proporción de establecimientos con agotamientos de inyecciones. Cerca del 56% de los establecimientos públicos que ofrecían inyecciones en Cordillera, y el 67% en Misiones, tuvieron un agotamiento en los seis meses previos. Central tuvo problemas serios de suministro de DIU e inyecciones. Los mapas A.8-A.11 presentan, en el Anexo A, presentan los establecimientos públicos donde se agotaron las píldoras, condones, DIU e inyecciones.

### 5.1.2. *Servicios de salud infantil*

La siguiente serie de gráficos presenta la mayoría de los servicios infantiles y de maternidad de los cuales obtuvimos información. La Figura 5.5 presenta el porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios básicos de salud infantil, incluyendo las vacunas. La mayoría de los servicios de salud infantil se ofrecen en la mayoría de los establecimientos. Sin embargo, los puestos de salud ofrecen menos servicios de salud infantil que otros establecimientos públicos, en particular, atención médica neonatal, control de crecimiento, y servicios de vacuna BCG. El control de crecimiento es el servicio menos disponible en los centros y puestos de salud. Tal como en el caso de los porcentajes sobre planificación que aparecen más arriba, hay un menor porcentaje de establecimientos privados que ofrecen servicios de salud infantil. Los niveles de disponibilidad de vacunas en los establecimientos privados, particularmente en las clínicas, son menores que en la mayoría de los establecimientos públicos.

Por departamento (vea la Figura 5.6), los establecimientos públicos de Central muestran menores niveles con respecto a otros departamentos en cuanto a la disponibilidad de servicios de salud infantil, especialmente en lo que se refiere a atención médica neonatal, control de crecimiento, y vacunas BCG. Asunción tiene los más altos niveles de disponibilidad en las áreas de tratamiento de la diarrea, de las IRA (infecciones

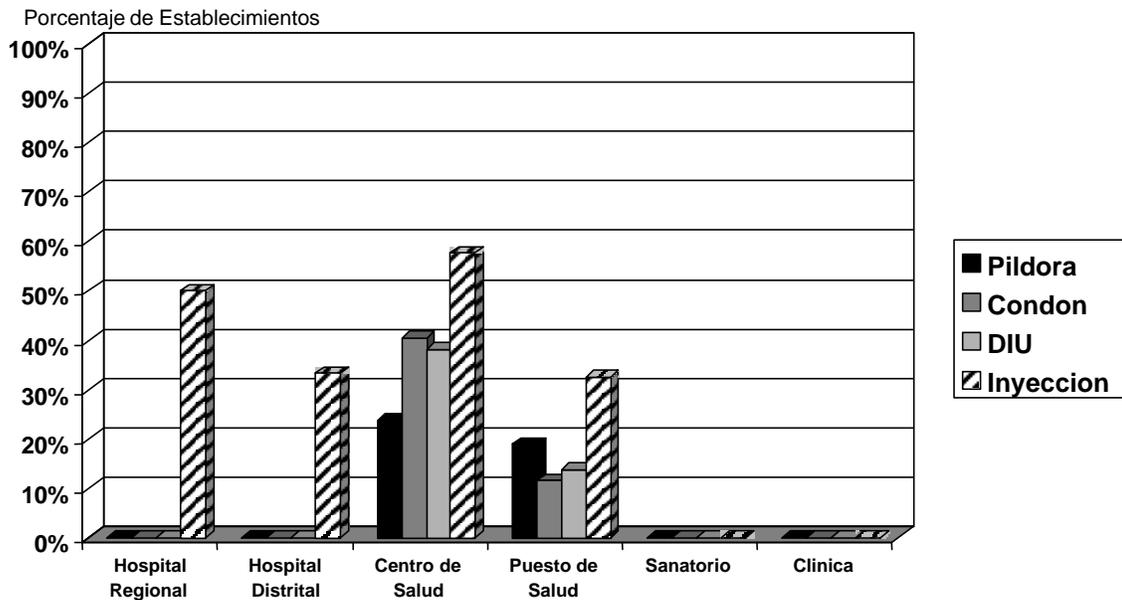
respiratorias agudas) y de vacunas de polio y DPT, pero tiene uno de los más bajos niveles de atención médica neonatal, control de crecimiento, y vacunas BCG.

### 5.1.3. *Servicios de salud materna*

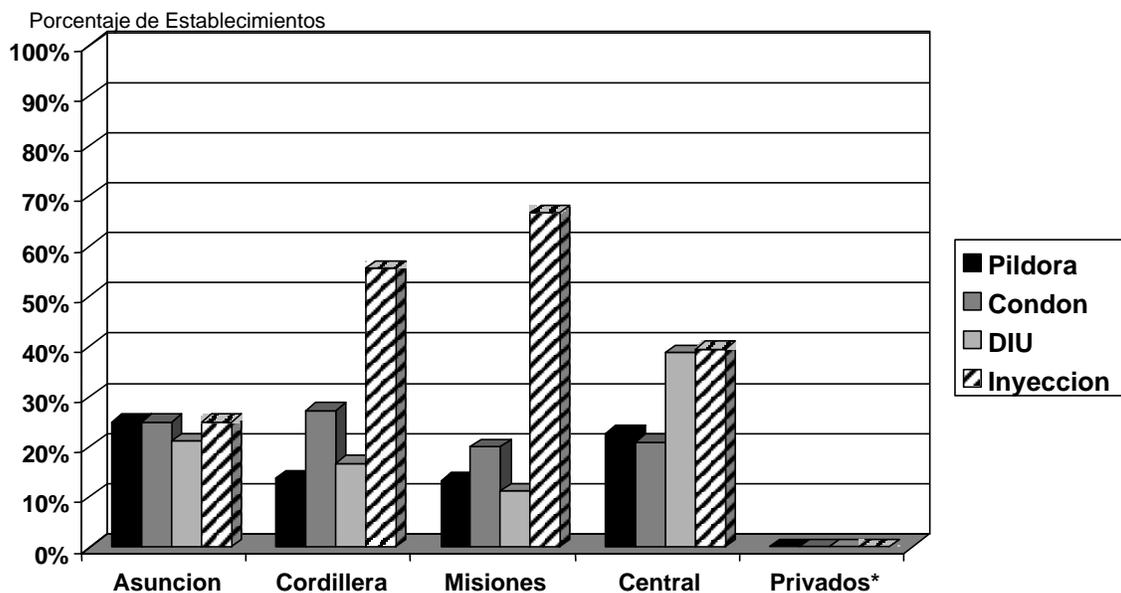
Las Figuras 5.7 y 5.8 presentan información sobre la disponibilidad de servicios de salud materna por tipo de establecimiento y departamento, respectivamente. Cuando examinamos los diferentes servicios de salud materna por tipo de establecimiento (Figura 5.7), los servicios que tienen menos disponibilidad son los de atención de nacimientos con complicaciones y los suministros de suplementos de hierro y ácido fólico para las madres embarazadas. Había suplementos de hierro sólo en aproximadamente un 48% de los centros de salud y en aproximadamente un 44% de los puestos de salud. Había suplementos de ácido fólico en menos de un 30% de los centros y puestos de salud. Los servicios más disponibles, de acuerdo con el desglose por tipo de institución, eran, en general, la atención médica prenatal y las vacunas contra el tétano para mujeres embarazadas. Además, considerando todos los servicios, los puestos de salud ofrecían menos servicios que los centros de salud y, a diferencia de medidas previas, parecía que los establecimientos privados ofrecían una gama más amplia de servicios de salud materna que los puestos de salud públicos. No es de sorprenderse que los puestos de salud ofrecieran una gama más estrecha de servicios de maternidad, dado que tienen un número limitado de personal y equipo.

El análisis de los servicios de salud materna disponibles por departamento que se presenta en la Figura 5.8 muestra el patrón acostumbrado de menor disponibilidad de servicios en Asunción y Central. Aproximadamente menos de un 15% de los establecimientos en Asunción ofrecía atención de nacimientos con y sin complicaciones. También había una disponibilidad relativamente baja de tratamientos con hierro o ácido fólico en todos los departamentos. Los servicios más comunes disponibles, como se indica en la figura anterior, fueron la atención médica prenatal y las vacunas contra el tétano para mujeres embarazadas. Entre 80% y el 90% de los establecimientos públicos disponía de estos servicios.

**Figura 5.3.**  
**Agotamiento de Metodos de Planificacion Familiar**

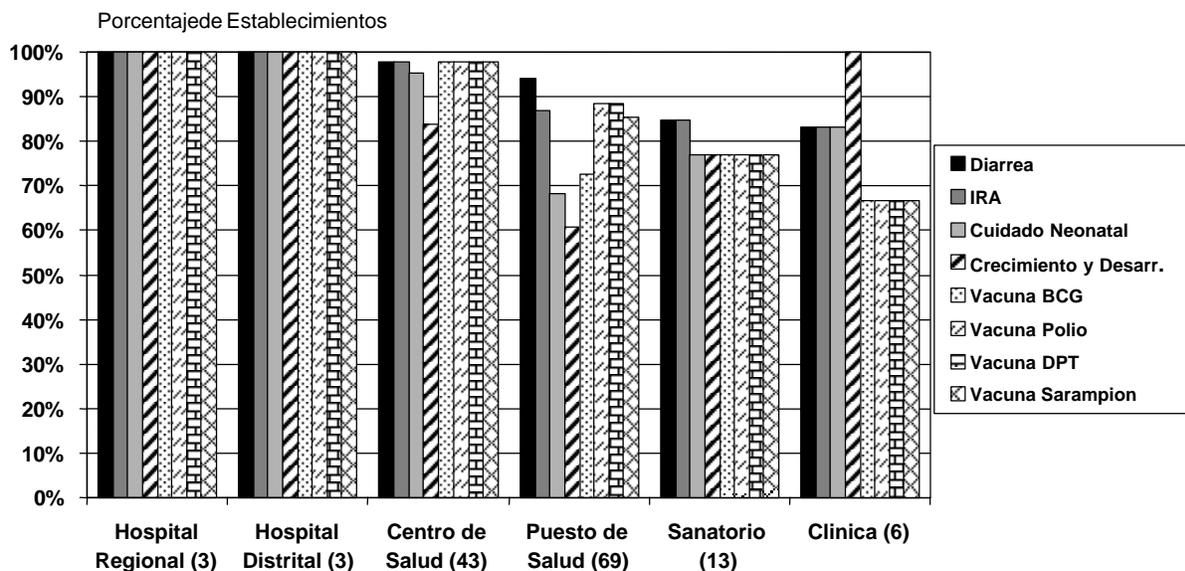


**Figura 5.4.**  
**Agotamiento de Metodos de Planificacion Familiar en Establecimientos Publicos por Departamento, y en todos los Establecimientos Privados**

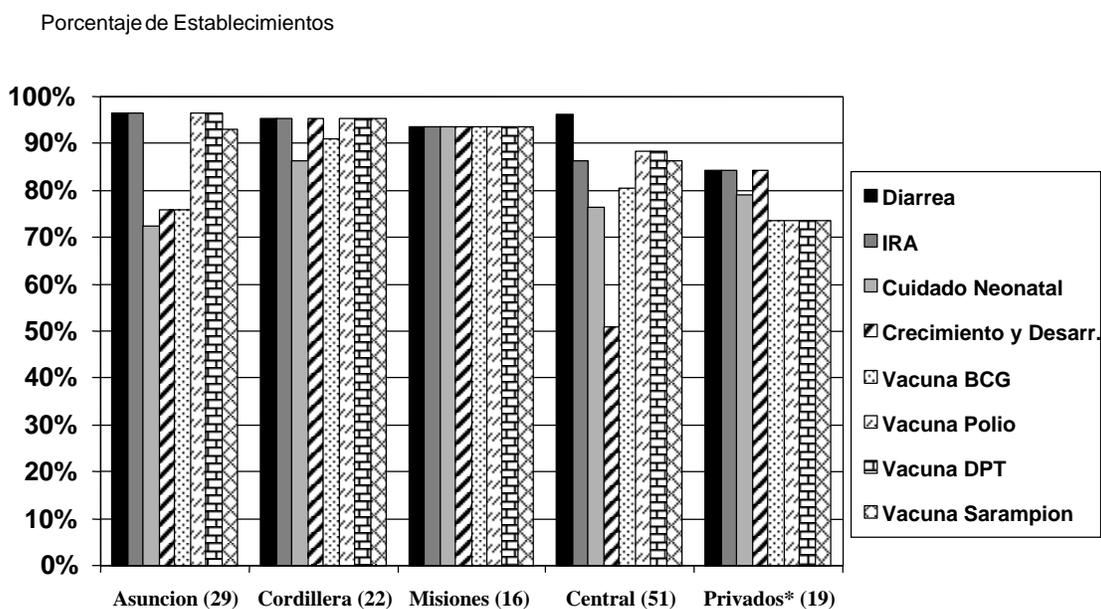


\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

**Figura 5.5.**  
**Disponibilidad de Servicios de Salud Infantil**

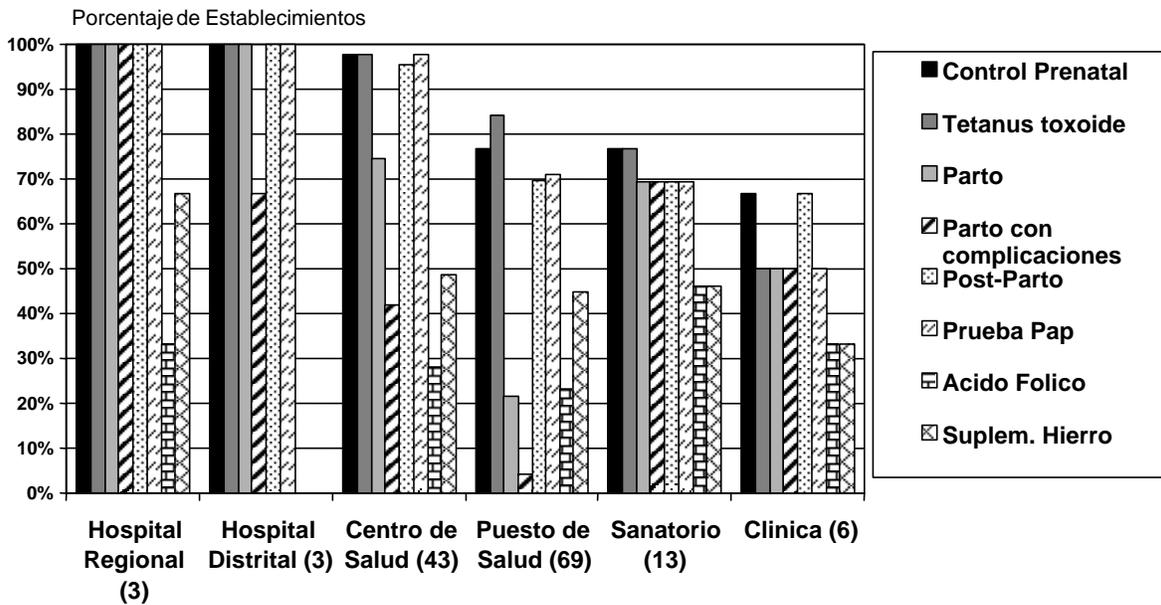


**Figura 5.6.**  
**Disponibilidad de Servicios de Salud Infantil en Establecimientos Públicos por Departamento, y en todos los Establecimientos Privados**

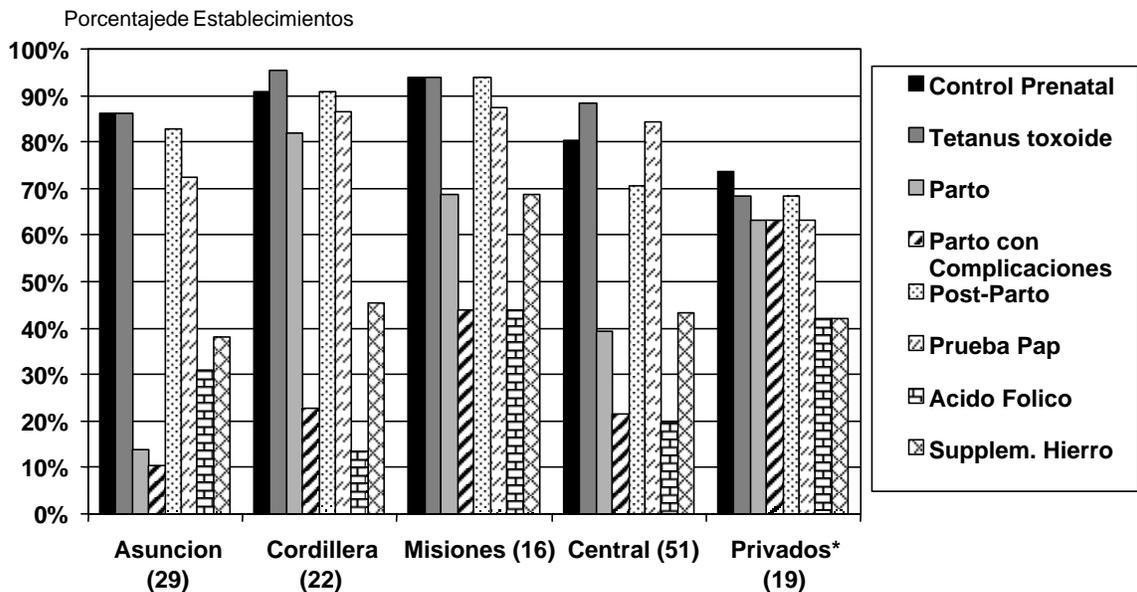


\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

**Figura 5.7.**  
**Disponibilidad de Servicios de Salud Materna**



**Figura 5.8.**  
**Disponibilidad de Servicios de Salud Materna en Establecimientos Publicos por Departamento, y en todos los Establecimientos Privados**



\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

## 5.2. Disponibilidad de servicios en la semana

Los cuadros 5.1 y 5.2 presentan la mediana de días por semana en que se ofrecieron los servicios que los establecimientos declararon ofrecer. Como se muestra en el cuadro 5.1, la mayoría de los servicios se ofrecían de 5 a 6 días por semana en los establecimientos públicos y de 6 a 7 veces por semana en los establecimientos privados. Hay poca variación en cuanto al número de días en que se ofrecen los servicios. El 90% de los establecimientos públicos reportaron abrir de 5 a 6 días a la semana para la mayoría de los servicios y había algunos que ofrecían la mayoría de los servicios todos los días de la semana. Se disponía 7 días a la

semana de atención de nacimientos y de otros servicios para situaciones de salud cuya ocurrencia no se puede predecir. Otra desviación significativa y esperada del patrón básico se dió en los servicios de vacunas, en particular el sarampión y la BCG, que frecuentemente se ofrecían sólo uno o dos días por semana en los centros y puestos de salud. A pesar de que se ofrecían con menor frecuencia durante la semana, los días en que se ofrecían vacunas eran bien conocidos en la comunidad y su disponibilidad reducida no parece restringir el acceso al servicio. Por departamentos, los establecimientos públicos ubicados en Cordillera parecen ofrecer una gama más amplia de servicios más días a la semana.

**Cuadro 5.1**  
**Mediana del Número de Días por Semana que se Ofrece el Servicio, por Tipo de Establecimiento**

Servicio	Establecimientos Públicos				Establecimientos Privados	
	Hospital Regional (n=3)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=43)	Puesto de Salud (n=69)	Sanatorio (n=13)	Clínica (n=6)
<b>Planificación Familiar</b>						
Anticonceptivos Orales	5.0	5.0	5.5	5.0	7.0	6.0
Condomes	5.0	5.0	6.0	5.0	5.5	6.0
DIU	5.0	5.0	5.0	5.0	6.5	6.0
<b>Salud Infantil</b>						
Diarrea	7.0	7.0	7.0	6.0	7.0	6.0
IRA	5.0	7.0	6.0	5.0	7.0	6.0
Cuidado Neonatal	5.0	7.0	6.0	5.0	6.5	6.0
Crecimiento y Desarrollo	5.0	6.0	5.0	5.0	6.5	6.0
Vacuna BCG	3.5	6.0	1.0	1.0	7.0	6.0
Vacuna Polio	6.0	6.0	6.0	5.0	6.5	6.0
Vacuna DPT	6.0	6.0	6.0	5.0	6.5	6.0
Vacuna Sarampión	3.5	6.0	1.0	1.0	7.0	6.0
<b>Salud Materna</b>						
Control Prenatal	6.0	6.0	5.0	6.5	6.0	--
Vacuna Tetano Toxoide	6.0	6.0	5.0	7.0	6.0	--
Parto	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	--
Parto con Complicaciones	7.0	7.0	4.0	7.0	7.0	--
Post-parto	5.0	7.0	6.0	5.0	7.0	6.5
Prueba PAP	5.0	6.0	6.0	5.0	6.0	7.0
Suplemento Acido Fólico	5.0	--	6.0	5.0	7.0	6.0
Suplemento Hierro	5.0	--	6.0	5.0	7.0	6.0

**Cuadro 5.2****Mediana del Número de Días por Semana que se Ofrece el Servicio. Establecimientos Públicos por Departamento y para todos los Establecimientos Privados**

Servicio	Establecimientos Públicos				Privados*
	Asunción (n=29)	Cordillera (n=22)	Misiones (n=16)	Central (n=51)	
Planificación Familiar					
Anticonceptivos Orales	5.0	6.0	5.0	5.0	6.0
Condomes	5.0	6.0	5.0	5.0	6.0
DIU	5.0	6.0	5.0	5.0	6.0
Salud Infantil					
Diarrea	5.0	7.0	7.0	6.0	6.5
IRA	5.0	7.0	7.0	6.0	6.5
Cuidado Perinatal	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0
Crecimiento y Desarrollo	5.0	5.0	5.0	5.5	6.0
Vacuna BCG	1.0	1.0	1.0	1.0	7.0
Vacuna Polio	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0
Vacuna DPT	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0
Vacuna Sarampión	1.0	1.0	1.0	5.0	6.0
Salud Materna					
Control Prenatal	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0
Vacuna Tetano Toxoide	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0
Parto	6.5	7.0	7.0	7.0	7.0
Parto c/complicac.	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
Post-parto	5.0	6.0	5.0	6.0	7.0
Prueba PAP	5.0	6.0	5.0	6.0	6.5
Suplemento Acido Fólico	6.0	6.0	5.0	6.0	7.0
Suplemento Hierro	6.0	6.0	5.0	6.0	7.0

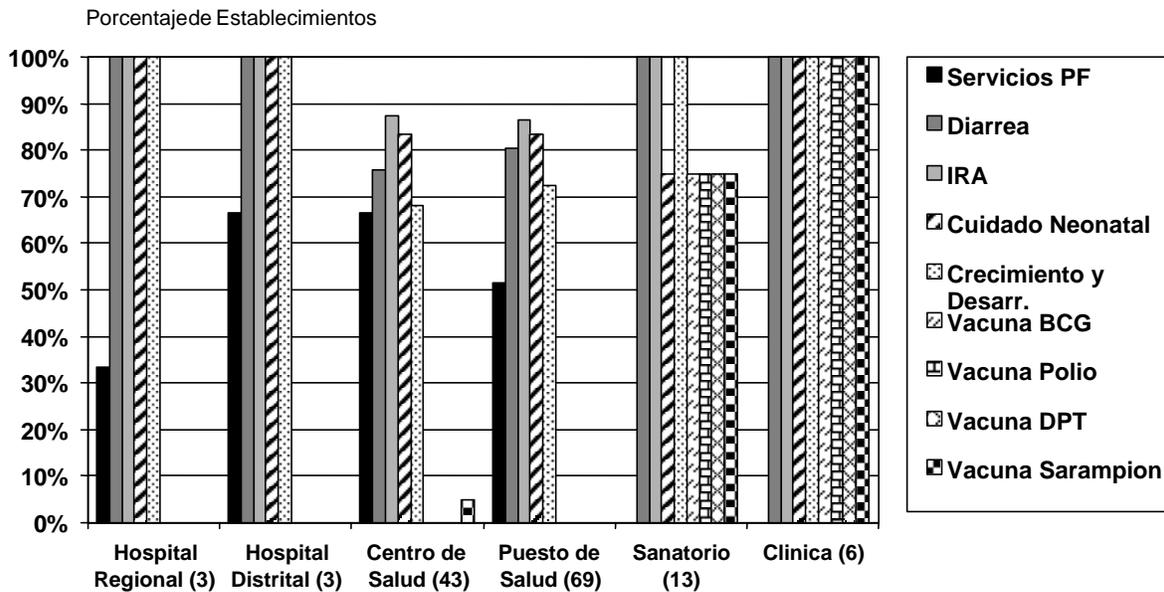
\*Todos los establecimientos privados en la muestra.

### 5.3. Aranceles para el usuario

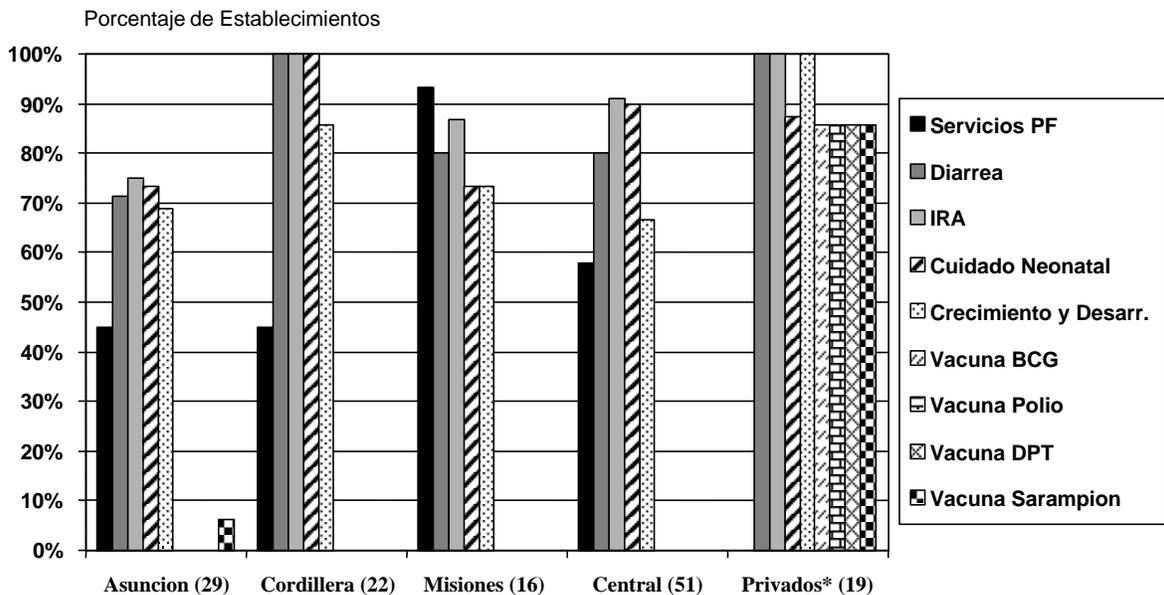
Un aspecto importante de la disponibilidad y accesibilidad amplia de los servicios es el precio. El arancel que se cobra por los servicios ofrecidos es importante por dos razones. Primero, el monto del arancel está directamente relacionado con la cantidad de servicio utilizado en términos de una simple relación de demanda, y segundo, el arancel es también importante por razones de sostenimiento financiero en función del monto de recuperación de costos que genera. Asimismo, recursos generados por el establecimiento pueden ser directamente utilizados para mejorar la calidad

del servicio brindado. Dada una igualdad de condiciones en otros aspectos, un arancel más bajo reduce el costo monetario del servicio al cliente y aumenta el acceso de la población al servicio de salud. Sin embargo, un arancel más bajo aumenta la carga de subsidio para la autoridad que administra la institución. En las Figuras 5.9, 5.10, 5.11 y 5.12 se presenta la proporción de establecimientos que cobran un arancel por tipo de servicio, para los establecimientos públicos por departamento, y para todos los establecimientos privados.

**Figura 5.9.**  
**Uso de Aranceles en Servicios de Planificación familiar y Salud Infantil**



**Figura 5.10.**  
**Uso de Aranceles en Servicios de Planificación familiar y Salud Infantil. Establecimientos Públicos por Departamento y todos los Establecimientos Privados**



\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

Las figuras 5.9 y 5.10 presentan el porcentaje de establecimientos que cobran por servicios de salud infantil y planificación familiar. En general casi ningún establecimiento público cobra por vacunas, en tanto que casi todos los establecimientos privados cobran por este servicio. Un gran porcentaje de establecimientos públicos cobran por otros servicios infantiles. En tanto que la proporción de centros y puestos de salud que cobran es menor, la proporción es de 70% o más al considerar todos los establecimientos.

En cuanto a los servicios de planificación familiar, ligeramente menos de dos tercios de los establecimientos públicos cobran por estos servicios. Sin embargo, cerca de un 50% de los puestos de salud y un 66% de los hospitales regionales ofrecen servicios de planificación familiar gratis. Como muestra la Figura 5.10, hay variaciones regionales en los esquemas de precios. Casi todos los establecimientos de Cordillera cobran por los servicios de salud infantil, a excepción de las vacunas. En Asunción, cerca de un 30% de los establecimientos públicos ofrecen servicios de salud pública gratis. La mayor variación regional ocurre en el área de servicios de planificación familiar. Más del 90% de los establecimientos públicos en Misiones cobran, en tanto que más de la mitad de los establecimientos públicos en Asunción y Cordillera ofrecen servicios de planificación familiar gratis. Como es de esperarse, los establecimientos privados le cobran a casi todos por la gran mayoría de servicios.

Los cuadros 5.3 y 5.4 presentan el arancel promedio cobrado (en Guaraníes de 1998<sup>10</sup>) por cada servicio por tipo de institución, por departamento, y para todos los establecimientos privados. Desafortunadamente, los establecimientos privados no proporcionaron información sobre precios. Sólo dos de los 19 establecimientos privados de la muestra respondieron preguntas sobre aranceles de los servicios de planificación familiar, y menos de la mitad de los establecimientos respondieron preguntas sobre precios de otros servicios. Parece que tenemos justo lo suficiente en cuanto a datos para construir los promedios de precios privados para los servicios

<sup>10</sup> La tasa de cambio usada es 1 U.S. dólar= 2,815 Guaraníes.

de salud infantil y maternal, pero no lo suficiente para los de planificación familiar. De los dos establecimientos privados que dieron información sobre precios de planificación familiar, ambos cobraban por el servicio.

Las figuras 5.11 y 5.12 presentan el porcentaje de establecimientos que cobran por servicios de salud maternal por tipo de institución, por departamento, y para todos los establecimientos privados. Los hospitales y los establecimientos públicos tendían a cobrar por todos los servicios de salud maternal si los había. Los centros y puestos de salud mostraban un patrón de precios sorprendentemente similar. Un gran porcentaje de centros y puestos de salud, más del 85%, cobran por servicios intensivos y de mayor duración, tales como atención médica prenatal, atención de nacimientos, nacimientos con complicaciones, y servicios para después del parto, en tanto que un porcentaje bajo de estos establecimientos cobra por servicios tales como las vacunas contra el tétano y los suplementos nutritivos. Los hospitales ofrecen inyecciones contra el tétano aun cuando puede ser incluido como parte de la atención médica prenatal. Por departamento (Figura 5.12), hay un patrón similar de precios en los departamentos. Nuevamente, en comparación con otros departamentos, hay un porcentaje mayor de establecimientos públicos en Cordillera que cobra por servicios de salud materna.

Las tarifas promedio de cada servicio se presentan por tipo de establecimiento en el cuadro 5.3, y para los establecimientos públicos por departamento y para todos los establecimientos privados en el cuadro 5.4. Como se indicó anteriormente, ningún establecimiento público cobra por vacunas. De los servicios que se pueden comparar, los precios de los establecimientos privados son aproximadamente 10 veces más altos que los de los establecimientos públicos. La mayoría de los establecimientos públicos parecen tener un precio fijado obligatoriamente por cada servicio y pocas veces se desvían de ese precio. Por ejemplo, el 91% de la muestra de puestos de salud que cobran por servicios de supervisión del crecimiento cobran entre 2,000 y 3,000 Guaraníes (U.S.\$0.71-1.07), y el patrón es similar en la mayoría de los precios públicos en la muestra. Los hospitales tienden a cobrar más que los centros y puestos de

**Cuadro 5.3.****Precio Promedio por Servicios Seleccionados, por Tipo de Establecimiento (en Guaraníes de 1998)**

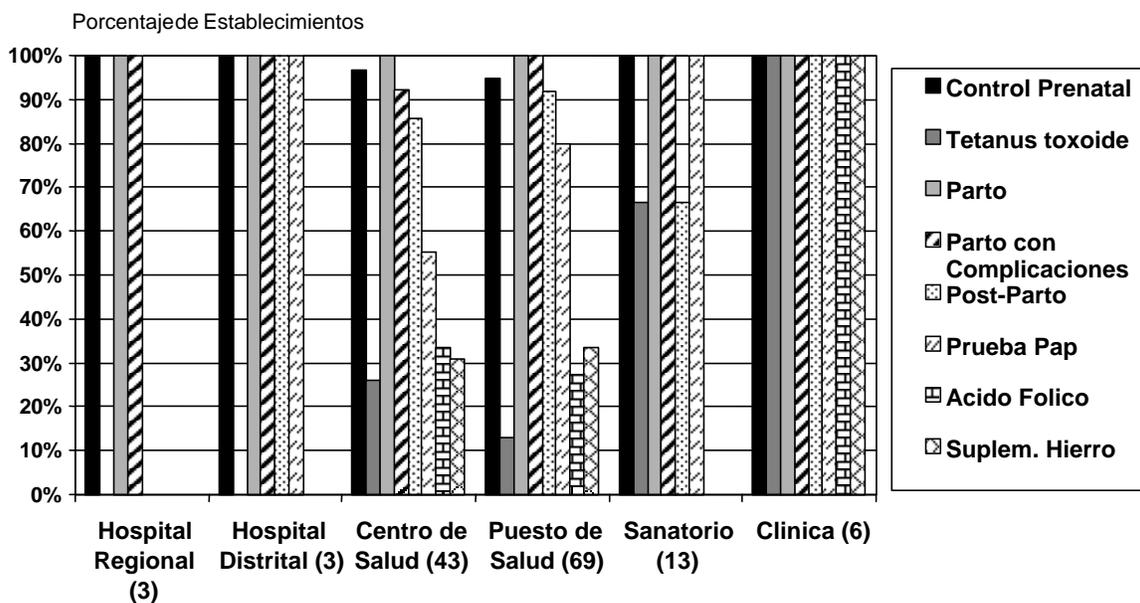
Servicio	Establecimientos Públicos				Establecimientos Privados	
	Hospital Regional	Hospital Distrital	Centro de Salud	Health Post	Sanatorio	Clínica
Planificación Familiar						
Anticonceptivos Orales	3000	3667	2104	2586	--	--
Condomes	3000	3667	2225	2534	--	--
DIU	3000	4500	3751	3179	--	--
Inyecciones	3000	3667	2001	2574		
Salud Infantil						
Diarrea	2000	3667	2568	2576	30000	26250
IRA	2000	3667	2536	2605	30000	26250
Cuidado Perinatal	2000	3667	2520	2617	30000	26250
Crecimiento y Desarrollo	2000	5000	2467	2452	30000	26250
Vacuna BCG	--	--	--	--	28333	20000
Vacuna Polio	--	--	--	--	23333	20000
Vacuna DPT	--	--	--	--	23333	20000
Vacuna Sarampión	--	--	--	--	33333	20000
Salud Materna						
Control Prenatal	2000	3667	2516	2703	23750	28333
Vacuna Tetano Toxoide	--	--	2500	2125	12875	25000
Parto	20000	43333	30120	25769	900000	262500
Parto con Complicaciones	90000	177500	47750	50000	900000	25000
Post-parto*	--	4000	2458	2735	20000	28333
Prueba PAP	--	3000	2394	2646	36667	25000
Suplemento Acido Fólico	--	--	2500	3667	--	25000
Suplemento Hierro	--	--	2750	3167	--	25000

salud, y hay poca diferencia en los esquemas de precios entre los centros y puestos de salud. Como se esperaba, los servicios más caros en todos los tipos de establecimientos son los servicios de atención de nacimientos. Este también es el servicio que mayor variación de precio tiene entre todos los tipos de establecimiento.

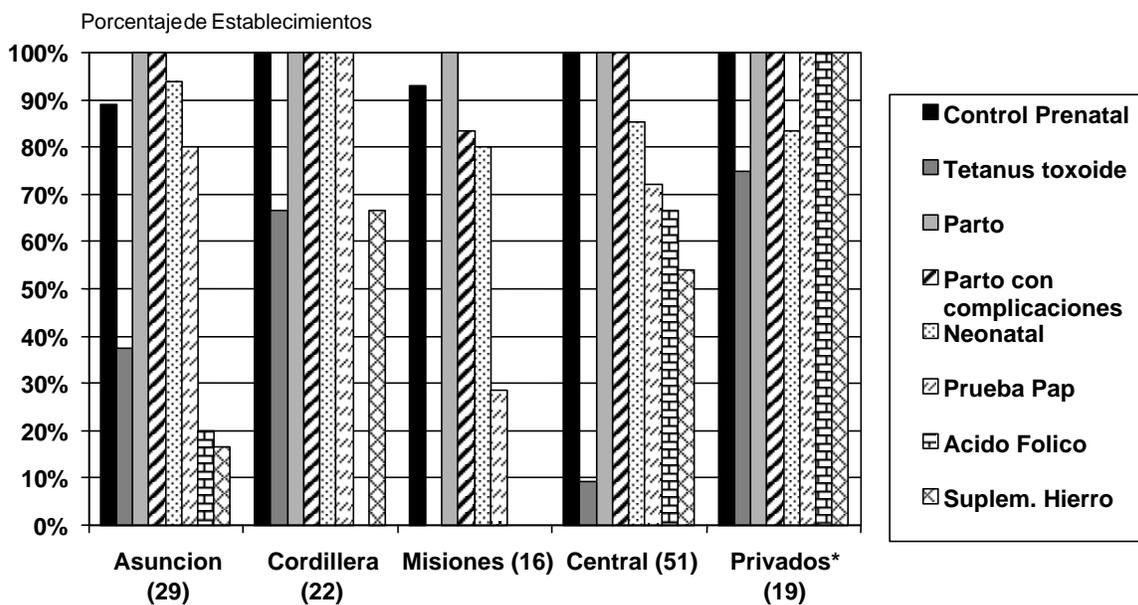
En cuanto a los métodos de planificación familiar, los precios siguen un patrón similar al de otros servicios. Los precios por métodos anticonceptivos son cerca del 50% mayores en los hospitales que en los centros y puestos de salud. Es interesante notar que el precio de los DIU es sorprendentemente similar a precio de los condones y las píldoras.

En la comparación de precios por departamento (Cuadro 5.4) emergen unas pocas tendencias claras. Los nacimientos parecen ser un poco más caros en Asunción, pero los servicios de planificación familiar parecen ser más baratos. Nuevamente ocurre que los precios que se cobran en los establecimientos públicos son considerablemente menores que los se cobran en los establecimientos privados.

**Figura 5.11.**  
**Uso de Aranceles en Servicios de Salud Materna**



**Figura 5.12.**  
**Uso de Aranceles en Servicios de Salud materna. Establecimientos Publicos por Departamento y todos los Establecimientos Privados**



\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

**Cuadro 5.4.****Precio Promedio por Servicios Seleccionados: Establecimientos Públicos por Departamentos y para todos los Establecimientos Privados (en Guaraníes de 1998)**

Servicio	Establecimientos Públicos				Privados*
	Asunción	Cordillera	Misiones	Central	
Planificación Familiar					
Anticonceptivos Orales	1885	2545	2001	2834	--
Condomes	1885	2741	2001	2828	--
DIU	1834	4857	1557	4834	--
Inyecciones	1750	2167	2001	2815	
Salud Infantil					
Diarrea	2300	3000	2000	3000	27857
IRA	2200	2917	2000	2967	27857
Cuidado Perinatal	2227	2900	2000	2926	27857
Crecimiento y Desarrollo	2318	2833	2000	3100	27857
Vacuna BCG	--	--	--	--	24167
Vacuna Polio	--	--	--	--	21667
Vacuna DPT	--	--	--	--	21667
Vacuna Sarampión	--	--	--	--	26667
Salud Materna					
Control Prenatal	2375	2917	2154	2903	25714
Vacuna Tetano Toxoide	1917	3000	--	3000	16917
Parto	77500	17000	19909	31706	581250
Parto con Complicaciones	125000	10000	46800	71750	462500
Post-parto*	2267	2900	2333	3000	25000
Prueba PAP	2208	2471	2000	2944	32000
Suplemento Acido Fólico	3000	--	--	3250	25000
Suplemento Hierros	3000	3000	--	3000	25000

\* Todos los establecimientos privados en la muestra.

**5.4. Disponibilidad de personal**

Obviamente, un importante aspecto de la prestación de servicios es la disponibilidad de personal clínico y sus capacidades para suministrar los servicios de salud que se ofrecen. El siguiente grupo de cuadros (cuadros 5.5 y 5.6) resume el número de personal de salud del establecimiento y la amplitud de su capacitación. En todos los establecimientos del área de estudio y las áreas adyacentes, se recolectó la siguiente información sobre personal a tiempo completo y a tiempo parcial: cantidad y tipo de personal, horas que trabajaban, y sueldo que ganaban. Aunque vamos a expandir el tratamiento sobre costo y eficiencia del personal más adelante en este informe, en esta sección presentamos la mediana de personal de salud disponible (a tiempo completo y a tiempo

parcial) por cargo, tipo de establecimiento, y departamento.

El Cuadro 5.5 presenta la mediana del número de personal disponible por tipo de establecimiento. Las diferencias de tamaño y capacidad de cada tipo de establecimiento están claramente representadas en esta medida de recursos humanos. Como es de esperar, los hospitales distritales y regionales tienen una cantidad considerablemente mayor de personal que cualquier otro tipo de establecimiento. A excepción de los puestos de salud, parece haber por lo menos de uno a dos doctores por establecimiento. La mitad de los hospitales públicos tienen 7 o más doctores y la mitad de los centros de salud tienen por lo menos dos doctores. El personal de los puestos de salud está compuesto principalmente de enfermeras

auxiliares. La mitad de los puestos de salud tienen sólo una enfermera auxiliar y esta enfermera es la única proveedora de atención médica del establecimiento. La enfermera auxiliar es el tipo de personal más numeroso en todos los tipos de establecimiento, y representa la mayoría del personal de los centros y puestos de salud.

Por departamento, la distribución de personal de salud por tipo no muestra un patrón claro (Cuadro 5.6). Las enfermeras auxiliares siguen siendo el tipo más numeroso de personal de salud, y los establecimientos públicos en Asunción parecen tener mejor dotación de personal que otros

departamentos. Los establecimientos públicos en Misiones tienen una mediana de cero doctores de cualquier tipo disponibles. Para interpretar apropiadamente los resultados de este cuadro, debe tenerse en cuenta que todas las medianas a nivel de departamento son determinadas principalmente por el elevado número de puestos de salud de la muestra. Dado que los puestos de salud tienen una mediana de cero para personal que no sea enfermeras auxiliares, los resultados de personal de los puestos de salud disminuyen todas las medianas de la muestra.

**Cuadro 5.5.**  
**Número de Personal Disponible, por Tipo de Establecimiento (Mediana)**

Tipo	Establecimientos Públicos				Establecimientos Privados	
	Hospital Regional (n=3)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=43)	Puesto de Salud (n=69)	Sanatorio (n=13)	Clínica (n=6)
Médicos Clínicos	8.0	7.0	2.0	0.0	3.0	1.0
Pediatras	13.0	10.0	1.0	0.0	2.0	1.5
Gineco-obstetras	16.0	7.0	1.0	0.0	2.0	0.5
Enfermera Licenciada	5.0	6.0	1.0	0.0	0.0	0.0
Auxiliar de Enfermería	56.0	32.0	7.0	1.0	4.0	2.0
Técnicos	20.0	7.0	1.0	0.0	0.0	0.0

**Cuadro 5.6.**  
**Número de Personal Disponible: Establecimientos Públicos por Departamento, y todos los Establecimientos Privados (Mediana)**

Tipo	Establecimientos Públicos				Privados* (n=19)
	Asunción (n=29)	Cordillera (n=22)	Misiones (n=16)	Central (n=51)	
Médicos Clínicos	1.0	1.0	0.0	1.0	2.0
Pediatras	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0
Gineco-obstetras	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0
Enfermeras Licenciadas	1.0	0.5	0.0	1.0	0.0
Auxiliar de Enfermería	3.0	5.0	2.0	1.0	4.0
Técnicos	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

\* Todos los establecimientos privados en la muestra.

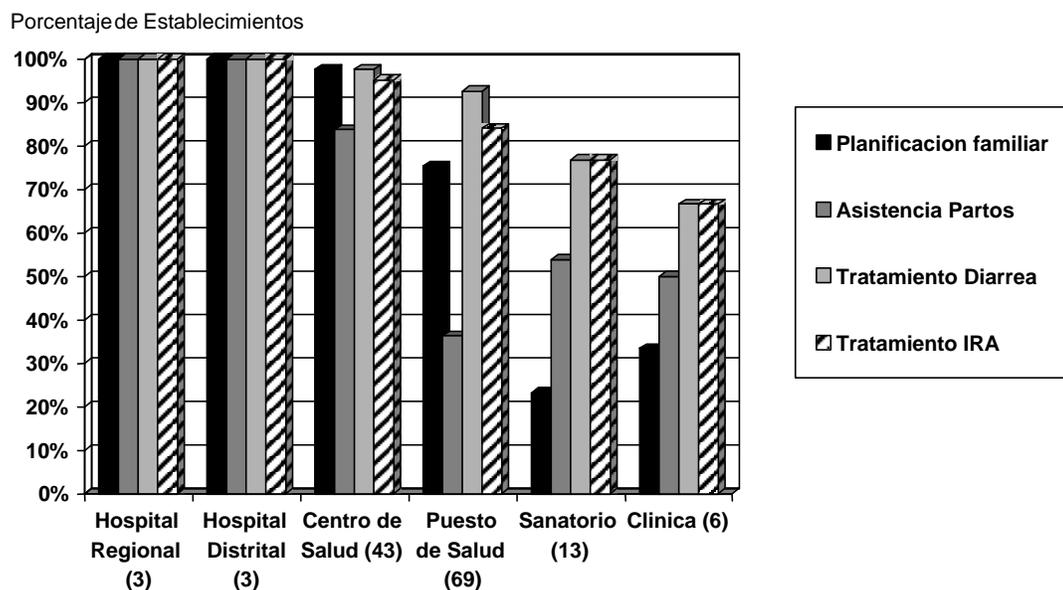
## 5.5 Capacitación de personal

Además de la información sobre la cantidad y tipo de personal de salud disponible en un establecimiento, se obtuvo información sobre la capacitación de cada empleado. La distribución de personal capacitado por áreas tiene un impacto en la equidad de los servicios de salud. Asimismo, la capacitación que cada uno de ellos ha recibido afecta la eficiencia y calidad de la prestación de servicios. Se recolectó información sobre aspectos generales y específicos de capacitación recibida por los empleados en el trabajo y antes de que el establecimiento los contratara.

La Figura 5.13 presenta el porcentaje de establecimientos, por tipo de establecimiento, que tiene por lo menos un miembro del personal que ha sido capacitado en servicios básicos específicos de salud. Los indicadores que presentamos son los siguientes: tiene el establecimiento algún miembro de su personal que haya recibido capacitación formal en la prestación de servicios de planificación familiar, atención de nacimientos, tratamiento de la diarrea, y tratamiento de las IRA en niños.

Las figuras 5.13 muestra que casi todos los hospitales y centros de salud tienen por lo menos un empleado capacitado en la prestación de servicios de planificación familiar, tratamiento de la diarrea y tratamiento de las IRA. Aproximadamente el 17% de los centros de salud carecen de empleados capacitados para atender nacimientos. No es sorprendente que sólo un 36% de puestos de salud tenga un empleado capacitado para atender nacimientos dado que menos establecimientos de este tipo ofrecen este servicio. Sin embargo, aproximadamente el 25% de los puestos de salud carece de personal capacitado en la prestación de servicios de planificación familiar. Este resultado sugiere que las enfermeras auxiliares, que es el tipo de empleado más preponderante y, en la mayoría de los casos, el único personal presente en los puestos de salud, manifiestan una falta de capacitación en el área de servicios de planificación familiar.

**Figura 5.13.**  
**Personal Capacitado**

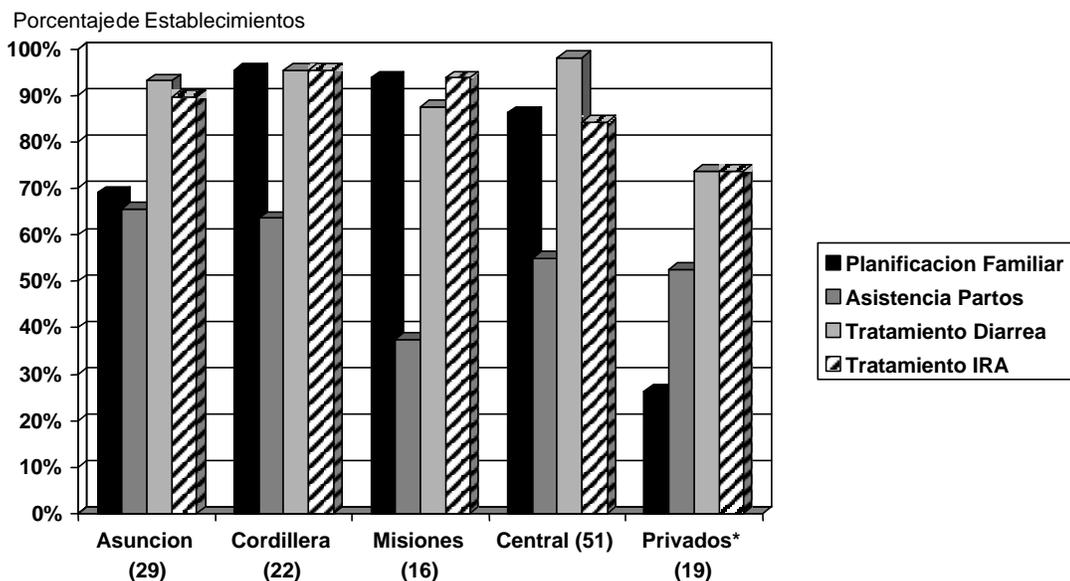


De las otras medidas de capacitación para las cuales recolectamos información, los puestos de salud muestran niveles de capacitación menores a los de otros tipos de establecimientos públicos. Interesantemente, los establecimientos privados tienen aparentemente el menor número de empleados capacitados en general. El tipo más común de capacitación es en el área de tratamiento de la diarrea, y el menos común es en el área de partos y planificación familiar. Cuando se examinan los resultados por departamento (Figura 5.14), no hay patrones claros. Más del 30% de los establecimientos públicos en Asunción carecen de personal capacitado en la prestación de servicios de planificación familiar o atención de nacimientos. Misiones tiene el porcentaje más bajo de establecimientos públicos con personal capacitado en atención de nacimientos. Aproximadamente el 62% de los establecimientos públicos en Misiones carecen de personal capacitado para atender nacimientos. La presencia de personal capacitado en el tratamiento de la diarrea y de las IRA parece ser más elevada en los establecimientos públicos en todos los departamentos.

## 5.6 Charlas

Las siguientes variables están directamente relacionadas con la calidad del servicio y pueden ser tan importantes para un cliente potencial como el hecho de que el servicio se ofrezca. Un aspecto importante de la calidad del servicio es la calidad del intercambio de información entre los proveedores de salud y los clientes. Es más probable que un cliente bien informado sobre los servicios de salud se beneficie inmediatamente y tenga una mayor probabilidad de usar el servicio en el futuro. Con este objetivo, la encuesta recolectó información sobre la disponibilidad y contenido de charlas informativas y educativas destinadas a aumentar el conocimiento del público sobre los servicios o temas de salud que se ofrecen en los establecimientos. Los establecimientos de salud en Paraguay ofrecen lo que podemos describir como charlas de grupo en diferentes aspectos de salud. Estas charlas se refieren a diversos temas, entre los cuales se encuentran los problemas de planificación familiar en general y las inquietudes sobre salud materna (es decir, salud y necesidades de nutrición durante el

**Figura 5.14.**  
**Personal Capacitado en Establecimientos Públicos por Departamento, y en todos los Establecimientos Privados**



\* Todos los Establecimientos Privados de la muestra

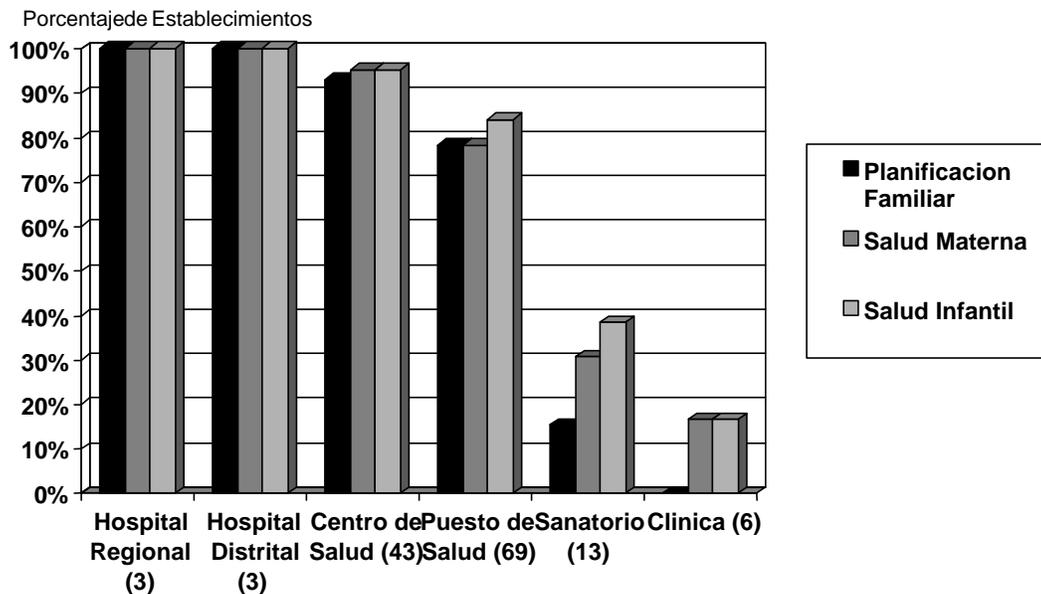
embarazo, identificación de las complicaciones del embarazo, y cuidado del recién nacido). Los temas de salud infantil incluyen la nutrición infantil, el tratamiento y la prevención de la diarrea, y la prevención de las IRA. Para nuestro análisis, combinamos los distintos tópicos en tres grupos: charlas sobre planificación familiar, charlas sobre salud materna, y charlas sobre salud infantil. En la mayoría de los casos, si el establecimiento ofrecía charlas sobre un tópico en particular, todos los otros tópicos mencionados anteriormente eran ofrecidos.

La Figura 5.15 presenta el porcentaje de establecimientos que ofrecen charlas de grupo por tema. La primera característica que hay que mencionar es que estas charlas tienden a ofrecerse juntas. Todos los hospitales regionales y distritales ofrecen los tres tipos de charlas. Aproximadamente el 80% de los puestos de salud ofrecen charlas de grupo de algún tipo. La segunda característica es que la oferta de información a la población a través de charlas es una característica distintiva de los establecimientos públicos. Hay

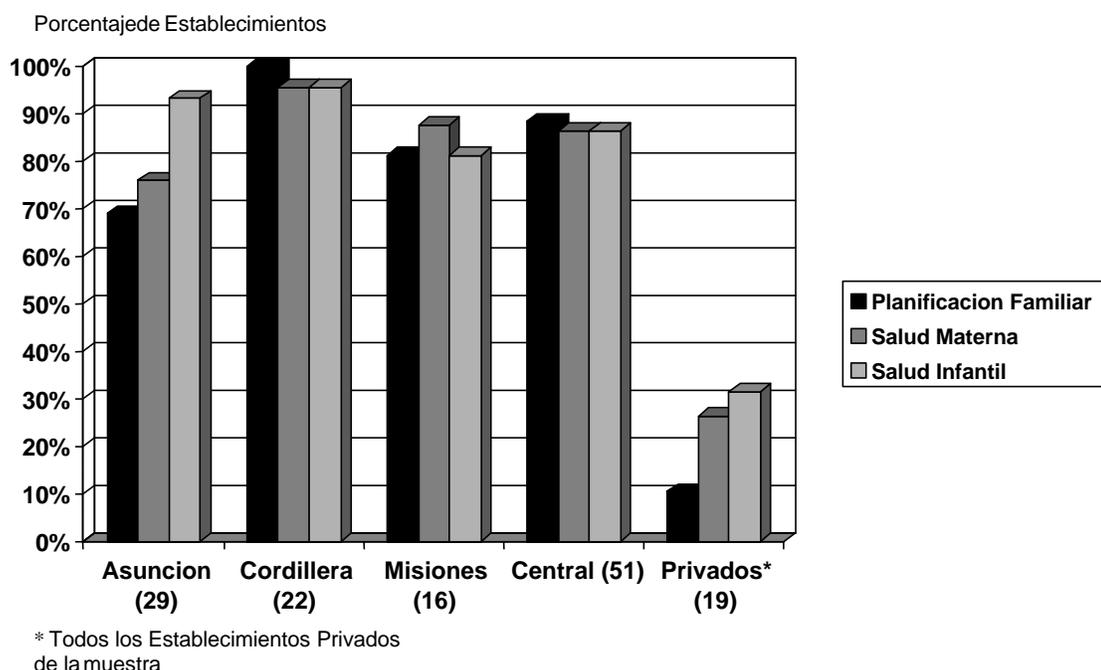
un porcentaje muy bajo de establecimientos privados que ofrece charlas de grupo, lo cual contrasta con otras características de prestación de servicios en las cuales se parecen a los puestos de salud. Los temas de mayor disponibilidad se relacionan con salud infantil y los de relativamente menor disponibilidad se relacionan con planificación familiar.

La Figura 5.16 presenta el porcentaje de establecimientos públicos que ofrece charlas de grupo por departamento y por todos los establecimientos privados. Una vez más, Asunción parece estar retrasada con respecto a otros departamentos en cuanto al porcentaje de establecimientos públicos que ofrecen charlas de planificación familiar y salud materna. Cordillera tiene la más alta disponibilidad de charlas de grupo. Más de 90% de los establecimientos ofrecen los tres tipos de charla. Cordillera es también la única región en que se dispone de charlas de grupo de planificación familiar en todos los establecimientos públicos de la encuesta.

**Figura 5.15.**  
**Charlas**



**Figure 5.16.**  
**Charlas en Establecimientos Publicos por Departamento , y en todos los Establecimientos Privados**



### 5.7 Información, educación, y comunicación (IEC), agotamiento de suministros, y registros

Como se mencionó en el primer párrafo de este capítulo, utilizamos la mayor cantidad posible de observaciones en cada indicador. Hasta este punto, todos los indicadores se han calculado usando toda la muestra incluyendo los establecimientos privados y los de los municipios adyacentes. La siguiente serie de indicadores sólo se puede calcular usando los 52 establecimientos públicos del grupo de estudio principal en el cual se administró el juego completo de cuestionarios. Estos indicadores son:

- presencia de materiales de información y educación en el establecimiento (signos y anuncios),
- agotamiento de medicinas y suministros, y
- medidas de administración de registros y de prácticas de supervisión.

Los cuadros 5.7 a 5.12 presentan estas variables por tipo de establecimiento y departamento. Nótese que sólo hay un hospital regional en este grupo. A pesar de que incluimos los resultados de este único hospital regional en las tablas, no pretendemos que sea representativo de los hospitales regionales como un todo. Los tres hospitales distritales de la muestra mayor también están en este grupo.

#### 5.7.1 Información, educación y comunicación (IEC)

Las variables de IEC se basan en las observaciones del entrevistador sobre la presencia y contenido de signos, anuncios y afiches. Sólo uno de los tres hospitales distritales tenía materiales que hicieran pública la disponibilidad de atención prenatal y postnatal pero esto se debe probablemente al hecho de que la comunidad sabe que estos servicios están disponibles en hospitales. En general, los centros de salud sobrepasan a los puestos de salud en el despliegue de todos los tipos de afiches y avisos sobre IEC, y la proporción de centros y puestos que promueven estos

servicios es menor que la proporción que realmente los ofrece. Por ejemplo:

- aproximadamente el 70% de los puestos de salud publican información sobre vacunas, aunque casi todos los puestos de salud ofrecen estos servicios.

- aproximadamente el 70% de los puestos de salud publican información sobre planificación familiar, pero casi el 80% de estos tipos de institución ofrece por lo menos un método anticonceptivo.

- el 88% de los centros de salud tenían a la vista material sobre cuidado prenatal; sin embargo, el 96% de ellos proporciona este servicio.

Cuando se desagregada por departamento, los establecimientos públicos en Cordillera tienen la más alta cobertura de signos y anuncios en comparación con los establecimientos públicos de los otros dos departamentos.

El indicador Índice Tópicos IEC requiere algunas explicaciones. En el cuestionario preguntamos acerca del contenido de los materiales sobre IEC. Si contenían información de un cierto tipo, el establecimiento recibía un puntaje de uno, y si no, recibían un puntaje de cero. Los tipos de información examinados incluyen lo siguiente: siete métodos anticonceptivos, planificación familiar en general, promoción de familias de tamaño pequeño, bienestar de la mujer y de la familia, imagen del proveedor, nutrición y salud infantil, y promoción de un calendario de vacunas. El puntaje máximo es 16.

Interesantemente, en este indicador los centros de salud, con un puntaje promedio de 8.7, quedaron mejor ubicados que los hospitales distritales que tenían un puntaje promedio de 7.3 puntos. Los puestos de salud tenían un puntaje promedio de IEC de 5.6 puntos. El análisis por departamento indica que en tanto que los establecimientos públicos en Misiones han tenido valores bajos en otras medidas, aunque no mucho menores que el porcentaje promedio, este departamento muestra un nivel considerablemente menor en cuanto a IEC (3.7 puntos por establecimiento en promedio). El puntaje promedio por establecimiento de Misiones es menos de la mitad del puntaje de Cordillera.

### 5.7.2 *Agotamientos de suministros*

El siguiente grupo de indicadores en los cuadros 5.9 y 5.10 corresponde a algunos de los suministros básicos necesarios para prestar los servicios de salud infantil y maternal. Nótese que la medicina o suministro tenía que estar normalmente disponible en el establecimiento para considerarla como agotada cuando no la hubiera. Entre los tipos de establecimiento (Cuadro 5.9), los puestos de salud eran los que experimentaron mayores niveles de agotamiento de vacunas en los últimos seis meses

Un alto porcentaje de centros de salud tuvo agotamiento de paquetes hidratantes, jeringas y guantes desechables en los últimos seis meses.

Como se muestra en el Cuadro 5.10, con la excepción de las vacunas contra el tétano y la BCG, todas las vacunas estaban continuamente en existencia en los últimos seis meses en el 90% o más de las establecimientos que ofrecían el servicio. Sin embargo, había un suministro mucho menor de jeringas y guantes, lo cual podría haber afectado la prestación de servicios. Quizás esto es lo que genera el gran problema de agotamiento de anticonceptivos por inyección que se presentó anteriormente en las Figuras 5.3 y 5.4, aunque intentamos distinguir entre la disponibilidad de equipo necesario para la administración y la disponibilidad de fórmula hormonal. Nótese que a un 78% de las establecimientos en Misiones se les acabaron las jeringas desechables en algún momento en los 6 últimos meses. En general, Misiones experimentó menos agotamiento de vacunas y de paquetes hidratantes. Mientras que lo más problemático era la disponibilidad de jeringas y guantes. Las establecimientos de Cordillera tuvieron más problemas con agotamientos de vacuna contra el tétano y vacunas BCG.

### 5.7.3 *Administración de registros*

El cuestionario de observación del establecimiento incluyó tres preguntas sobre el estado y contenido de la administración de registros médicos. Los resultados se presentan en los cuadros 5.11 y 5.12. Es importante tener en cuenta que las respuestas provienen de las observaciones del entrevistador, y no de los administradores de

establecimientos. La primera fue una pregunta general sobre la calidad de los registros médicos. El establecimiento recibió un puntaje de 1 si se consideraba que la calidad era muy buena o buena. En general los resultados para este indicador son bastante positivos. Excepto por los hospitales distritales, más del 90% de establecimientos en cada departamento obtuvieron un puntaje de uno.

El segundo aspecto mencionado medía si acaso el establecimiento mantenía un registro médico separado para cada paciente. Una vez más, las respuestas positivas fueron muy altas –más de un 90%– por tipo de institución en los departamentos. Sin embargo, en esta medida los puestos de salud superaron ligeramente a los centros de salud. La pregunta guía con la cual pudimos

diferenciar mejor a los establecimientos era si el establecimiento mantenía las direcciones de los pacientes. Vemos que la mayoría de las establecimientos mantiene registros de direcciones; alrededor de 80% de los centros y puestos de salud. Por departamento, los establecimientos públicos en Misiones tenían un nivel extremadamente bajo de registro -10% de las establecimientos públicas– en comparación con 100% en los otros dos departamentos.

## 5.8. Supervisión de establecimientos

Los siguientes indicadores presentados en esta sección intentan medir objetivamente las prácticas de supervisión. Los establecimientos de salud debían ser visitados por un supervisor de planificación familiar, para salud infantil y maternal y

**Cuadro 5.7.**  
**Disponibilidad de Materiales IEC, por Tipo de Establecimiento (% de establecimientos)**

	Hospital Regional (n=1)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=17)	Puesto de Salud (n=31)
Signos o Anuncios indicando:				
Planificación Familiar	100.0	100.0	100.0	74.2
Control Prenatal	100.0	33.3	88.2	58.1
Parto	0.0	33.3	52.9	19.4
Cuidado Postnatal	100.0	33.3	82.4	41.9
Inmunizaciones	100.0	100.0	100.0	67.7
Índice Tópicos IEC (Puntaje)	5.0	7.3	8.7	5.6

**Cuadro 5.8.**  
**Disponibilidad de Materiales IEC, por Departamento (% de establecimientos)**

	Cordillera (n=10)	Misiones (n=11)	Central (n=31)
Signos o Anuncios indicando:			
Planificación Familiar	100.0	90.9	77.4
Control Prenatal	90.0	45.5	67.7
Parto	70.0	0.0	29.0
Cuidado Postnatal	100.0	63.6	38.7
Inmunizaciones	90.0	63.6	83.9
Índice Tópicos IEC (Puntaje)	8.9	3.7	7.1

para las vacunas. Recolectamos información sobre el período en que se realizó la última visita. Los cuadros 5.13 y 5.14 presentan los resultados.

En el desglose por tipo de establecimiento (Cuadro 5.13) todos los hospitales recibieron los tres tipos de visita de supervisión durante los 6 meses previos a la encuesta, y la mayoría recibió todas las visitas de supervisión en los 3 meses previos a la encuesta. Parece haber un problema de ninguna o muy infrecuente supervisión en los centros y puestos de salud. Casi el 30% de los centros de salud no habían recibido nunca una

visita de supervisión de algún tipo o la visita que habían recibido ocurrió más de 6 meses antes de la encuesta. El problema es especialmente grave en los puestos de salud en que el 33% no había recibido ninguna visita de supervisión sobre planificación familiar durante los últimos 6 meses antes de la encuesta, y el 20% nunca había recibido una. Lo infrecuente de la supervisión de los servicios de vacunación y salud infantil y materna también es un problema de los puestos de salud. Aun cuando el 50% de los puestos de salud habían recibido una visita de supervisión de estos servicios de salud durante los 6 meses anteriores a

**Cuadro 5.9.**

**Agotamiento de Medicinas e Insumos, últimos seis meses, por Tipo de establecimiento (% de establecimientos)**

<b>Medicinas e Insumos</b>	Hospital Regional (n=1)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=17)	Puesto de Salud (n=31)
Vacuna Tetano Toxoide	0.0	0.0	12.5	13.8
Vacuna BCG	0.0	0.0	7.1	20.0
Vacuna Polio	0.0	0.0	0.0	10.7
Vacuna DPT	0.0	0.0	0.0	10.7
Vacuna Sarampión	0.0	0.0	0.0	11.1
Paquetes hidratantes	100.0	50.0	36.4	24.0
Jeringas	--	--	45.5	15.4
Jeringas desechables	100.0	0.0	26.7	34.5
Guantes	--	--	36.4	40.0
Guantes desechables	100.0	33.3	46.2	36.4

**Cuadro 5.10.**

**Agotamiento de Medicinas e Insumos, últimos seis meses, por Departamento (% de establecimientos)**

<b>Medicinas e Insumos</b>	Cordillera (n=10)	Misiones (n=11)	Central (n=31)
Vacuna Tetano Toxoide	30.0	0.0	10.0
Vacuna BCG	40.0	0.0	7.1
Vacuna Polio	10.0	0.0	6.9
Vacuna DPT	10.0	0.0	6.9
Vacuna Sarampión	10.0	0.0	6.9
Paquetes hidratantes	28.6	12.5	37.5
Jeringas	25.0	37.5	25.0
Jeringas desechables	10.0	77.8	24.1
Guantes	25.0	100.0	33.3
Guantes desechables	20.0	60.0	37.5

la encuesta, aproximadamente la misma proporción no había recibido ninguna visita o la visita había ocurrido más de 6 meses antes de la encuesta. Téngase en cuenta que el 23.3 % de los puestos de salud indicaron que nunca habían recibido una visita de supervisión de MCH.

A nivel departamental, el 10% o menos de los establecimientos en Cordillera y Misiones recibieron algún tipo de visita de supervisión en el mes anterior a la encuesta, en tanto que más del 35% de los establecimientos en Central fueron visitados durante los treinta días anteriores a la encuesta. La falta de supervisión en Cordillera y Misiones es particularmente problemática. La mitad de los establecimientos de Cordillera no

habían recibido nunca una visita de supervisión de planificación familiar o la visita que habían recibido había sido más de 6 meses antes de la encuesta. La baja frecuencia o inexistencia de supervisión de inmunizaciones afecta a aproximadamente la mitad de los establecimientos en Cordillera. Es interesante notar que a pesar de lo alejado de Asunción que está el departamento de Misiones, ningún establecimiento informó no haber recibido nunca una visita de supervisión.

Los mapas A.12, A.13 y A.14 del Anexo A presentan los establecimientos públicos que recibieron una visita de supervisión de planificación familiar, de salud materno-infantil y de inmunizaciones en los últimos seis meses.

**Cuadro 5.11.**  
**Prácticas de Registros, por Tipo de Establecimiento (% de establecimientos)**

Registros	Hospital Regional (n=1)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=17)	Puesto de Salud (n=31)
Observación del mantenimiento de los registros	100.0	66.7	100.0	96.8
Registro aparte para cada paciente	100.0	100.0	94.1	100.0
Mantiene dirección del paciente	100.0	100.0	82.4	80.0

**Cuadro 5.12.**  
**Prácticas de Registros, por Departamento (% de establecimientos)**

	Cordillera (n=10)	Misiones (n=11)	Central (n=31)
Observación del mantenimiento de los registros	100.0	90.9	96.8
Registro aparte para cada paciente	90.0	100.0	100.0
Mantiene dirección del paciente	100.0	10.0	100.0

**Cuadro 5.13.****Visitas de Supervisión, por Tipo de Establecimiento (% de establecimientos)**

Servicio & Periodo de la Ultima Visita	Hospital Regional (n=1)	Hospital Distrital (n=3)	Centro de Salud (n=17)	Puesto de Salud (n=31)
<b>Supervisor de Planificación Familiar</b>				
En la última semana	0.0	0.0	11.8	0.0
En el último mes	0.0	66.7	23.5	13.3
En los últimos 3 meses	100.0	0.0	17.7	26.7
En los últimos 6 meses	0.0	33.3	17.7	6.7
Hace mas de 6 meses	0.0	0.0	23.5	33.3
Nunca ha sido visitado	0.0	0.0	5.9	20.0
<b>Supervisor de Salud Materno-Infantil</b>				
En la última semana	0.0	0.0	11.8	0.0
En el último mes	0.0	33.3	23.5	16.7
En los últimos 3 meses	100.0	33.3	23.5	30.0
En los últimos 6 meses	0.0	33.3	11.8	3.3
Hace mas de 6 meses	0.0	0.0	23.5	26.7
Nunca ha sido visitado	0.0	0.0	5.9	23.3
<b>Supervisor de Inmunizaciones</b>				
En la última semana	0.0	0.0	11.8	3.3
En el último mes	0.0	66.7	23.5	23.3
En los últimos 3 meses	100.0	0.0	11.8	23.3
En los últimos 6 meses	0.0	33.3	23.5	6.7
Hace mas de 6 meses	0.0	0.0	29.4	26.7
Nunca ha sido visitado	0.0	0.0	0.0	16.7

**Cuadro 5.14.****Visitas de Supervisión, por Departamento (% de establecimientos)**

Servicio & Periodo de la última Visita	Cordillera (n=10)	Misiones (n=11)	Central (n=31)
<b>Supervisor de Planificación Familiar</b>			
En la última semana	0.0	0.0	6.5
En el último mes	0.0	0.0	32.3
En los últimos 3 meses	30.0	50.0	12.9
En los últimos 6 meses	20.0	10.0	9.7
Hace mas de 6 meses	30.0	40.0	22.6
Nunca ha sido visitado	20.0	0.0	16.1
<b>Supervisor de Salud Materno-Infantil</b>			
En la última semana	0.0	0.0	6.5
En el último mes	0.0	10.0	29.0
En los últimos 3 meses	40.0	50.0	19.4
En los últimos 6 meses	20.0	10.0	3.2
Hace mas de 6 meses	30.0	30.0	19.4
Nunca ha sido visitado	10.0	0.0	22.6
<b>Supervisor de Inmunizaciones</b>			
En la última semana	0.0	0.0	9.7
En el último mes	10.0	10.0	35.5
En los últimos 3 meses	20.0	50.0	9.7
En los últimos 6 meses	20.0	20.0	9.7
Hace mas de 6 meses	40.0	20.0	22.6
Nunca ha sido visitado	10.0	0.0	12.9



## 6. Resultados: Costos de los servicios básicos de salud

La estimación de costo total da una medida única de la cantidad total de recursos destinados a una actividad de producción en particular. El destino de los recursos dedicados a la salud y la manera en que la distribución de estos recursos entre los diversos servicios puede cambiar como resultado de la descentralización, son aspectos fundamentales de la descentralización de un sistema de salud. Las estimaciones de costo proporcionan una base empírica sobre la cual se pueden medir estos cambios de asignación de recursos. Con las encuestas de línea de base se recolectó la información necesaria para estimar el costo recurrente total de la prestación de servicios y los costos recurrentes de servicios específicos. Estos datos se van a usar como base para comparar los costos de la prestación de servicios antes y después de la descentralización. En esta sección se bosquejan los problemas conceptuales principales relacionados con el cálculo de los costos de prestación de servicios. También se da una descripción de los datos y de los procedimientos de estimación que se usaron, y se presentan los resultados de línea de base sobre costos de prestación de servicios.

### 6.1. Problemas conceptuales y su pertinencia

Al nivel más básico, el concepto de costo es relativamente simple. La producción de una mercancía o de un servicio requiere el uso de diversos recursos escasos (por ejemplo, tiempo de trabajo, materiales, suministros). Cada uno de estos recursos tiene un “costo” o un precio asociado con su uso (por ejemplo, un sueldo o un precio de compra o de alquiler). El cálculo del costo de producir una cantidad dada de una mercancía o servicio involucra determinar la cantidad de unidades de cada tipo de recurso que se usa en la producción durante un período específico de tiempo, multiplicar la cantidad de unidades de cada recurso por su precio unitario, y sumar los resultados para obtener un total. De acuerdo con esto, el costo total de producir la cantidad  $Q$  de unidades de un recurso es

$$TC(Q) = \sum_{i=1}^n p_i x_i \quad (\text{Ecuación 6.1})$$

donde  $x_1, x_2, \dots, x_n$  son las cantidades de cada uno de los  $n$  insumos que se usan en la producción durante un período específico de tiempo, y  $p_1, p_2, \dots, p_n$  son los precios por unidad de cada insumo. Los problemas conceptuales involucrados en el cálculo del costo se reducen a saber qué cantidades y qué precios usar. Hay por lo menos seis problemas conceptuales que se deben tratar al diseñar una metodología de medición del costo de un servicio. Estos problemas se discuten a continuación.

#### 6.1.1. Problema 1: Cuáles costos?

El costo total puede verse como el gasto total que se hace para comprar los recursos que se usan en la producción de los servicios. Esto crea un problema puesto que los gastos pueden ocurrir a diversos “niveles” del sistema de salud. Ciertos recursos se pueden comprar a un nivel alto y centralizado; por ejemplo, el Ministerio de Salud paga los sueldos del personal médico o la compra suministros. Otros recursos se pueden comprar a un nivel bajo y descentralizado; por ejemplo, los establecimientos pagan por servicios públicos, como electricidad y agua. Y también hay recursos tales como los métodos de planificación familiar que pueden ser donados por una organización externa, tal como la USAID.

Nuestro método en este estudio es medir la cantidad de recursos que se usan en el punto en que de hecho se prestan los servicios; es decir, al nivel de establecimiento. Esto es lo que llamamos un método de estimación de costo “de abajo hacia arriba”. La alternativa es el método “de arriba hacia abajo”, en el cual todos los gastos que hacen los que apoyan la prestación de los servicios de salud, tales como el gobierno central y donantes externos, se acumulan, y luego se van agregando los recursos gastados en los niveles intermedios del sistema de salud (como los gastos de las instancias regionales) hasta llegar a los puntos de prestación de servicios.

El método “de abajo hacia arriba” tiene la ventaja de que hace mucho más fácil asociar los costos con localidades y servicios específicos. La desventaja de este método es que es difícil observar el costo de administración y de otras actividades de apoyo que ocurren a un nivel “alto” en el sistema de prestación de servicios de salud. Regresaremos a este tema más adelante en esta sección.

### **6.1.2. Problema 2: Definición del producto**

En tanto que la cantidad total de recursos dedicada a la prestación de servicios de salud es interesante en sí, los análisis de costo presentan sus aspectos más relevantes cuando se consideran en relación con los productos que se producen con tales recursos. En lenguaje económico, éste es el costo promedio o costo por unidad; es decir, el costo total dividido por la cantidad de servicios producidos. Esto crea una serie de problemas en el cálculo de los costos de servicio de un sistema de salud.

Las medidas agregadas del producto, como por ejemplo el número total de pacientes atendidos, dan una imagen incompleta del costo porque los pacientes reciben una variedad de diferentes tipos de servicios, y la producción de diferentes servicios requiere el uso de diferentes tipos y cantidades de recursos. Por ejemplo, en un cierto establecimiento un paciente que recibe una vacuna contra la polio ejerce una demanda completamente diferente sobre los recursos de salud que la que ejerce una paciente que da a luz. Los costos de la prestación de servicios varían no sólo con el número total de pacientes atendidos, sino también con la composición de los grupos de pacientes en relación con los tipos de servicios prestados. Por esta razón, en este estudio, las estimaciones de costo se relizarán por servicios específicos.

### **6.1.3. Problema 3: Asignación de costos a servicios específicos**

El problema más difícil y práctico en la generación de estimaciones “de abajo hacia arriba” o “de arriba hacia abajo” —desglosadas por programa, establecimiento o nivel de producción— es que la producción de estos servicios a menudo ocurre en programas o establecimientos integrados. Por lo

tanto, aunque es relativamente fácil obtener datos sobre el costo total de personal o sobre el número total de citas prenatales o de planificación familiar realizadas en un establecimiento, sigue siendo difícil obtener información acerca de la proporción de tiempo de personal (y por lo tanto de costo de personal) dedicada a la prestación de estos dos servicios. Sin embargo, tal información es crucial si se va a comenzar a tratar el problema de la asignación apropiada de recursos a objetivos de servicio alternos.

Para algunos tipos de recursos, el proceso de asignación es muy simple siempre y cuando, por ejemplo, se disponga de datos sobre las cantidades utilizadas y el recurso se utilice en la prestación de un solo servicio. Ejemplos de este tipo de recurso son los métodos anticonceptivos, que se usan solo para prestar servicios de planificación familiar, o las vacunas, que se usan sólo para las inmunizaciones.

Hay recursos que tienen usos múltiples, pero falta información o datos sobre la distribución de estos recursos entre sus diversos usos. El mejor ejemplo de esto es el tiempo de personal. Se debe usar un método para asignar el costo del tiempo de personal y de otros recursos de este tipo.

El último tipo de recurso al que nos referiremos son aquellos que apoyan “en conjunto” la prestación de diversos servicios. Un ejemplo de este tipo de recurso es el apoyo administrativo.

### **6.1.4. Problema 4: Costo y eficiencia**

Un importante aspecto del costo es su uso como medida de la eficiencia. En condiciones en que todos los demás factores permanecen constantes, es preferible prestar una cantidad dada de un servicio específico a un costo menor que a un costo mayor porque, en general, los recursos para la atención médica son escasos. El concepto económico básico de la escasez de recursos se observa mejor en la prestación de servicios de salud en los países menos desarrollados del mundo. Si es posible producir el mismo nivel de servicio a un menor costo se liberan fondos y recursos para prestar más servicios.

### **6.1.5. Problema 5: Relación entre costo y calidad**

Una de las dificultades de utilizar el costo como medida del desempeño de un establecimiento es que es una espada de doble filo. Por una parte, el menor costo implica un uso más eficiente de los recursos si la cantidad y la calidad de los servicios no cambian. Por otra parte, más recursos y recursos de mejor calidad pueden implicar mayor calidad de servicios y también mayores costos. Regresaremos a este problema más adelante.

### **6.1.6. Problema 6: Precio de los insumos**

La selección de los precios aplicados a las cantidades de insumos también presenta ciertos problemas. Algunos insumos “se usan” a medida que se compran, como por ejemplo el tiempo de personal. Los empleados reciben un sueldo por los servicios que prestan durante un período de tiempo dado. Los sueldos son un gasto recurrente. Hay otros tipos de recursos, tales como el equipo o los edificios, que se pagan una sola vez, cuando se compran o se construyen, y que luego prestan servicios durante un período de tiempo prolongado. Este tipo de gasto se llama gasto de capital.

En este estudio, la unidad básica de tiempo es el mes y por lo tanto hemos estimado el costo de prestar servicios en el establecimiento durante un período de un mes. Para estimar el costo de personal, suministros, medicinas y otros insumos hemos obtenido las cantidades que se usan en un período de un mes y sus precios unitarios al momento de la adquisición.

## **6.2. Métodos**

Esta sección proporciona una vista general del método básico que se usó para calcular lo siguiente: costo total de la prestación de servicios a nivel de establecimiento, costo total de los servicios de salud específicos, y costo promedio o unitario de estos servicios. También se presentan los métodos de recolección de datos que se usaron para obtener la información requerida, y una discusión de los problemas tratados en el cálculo real de los datos de costo.

### **6.2.1. Presentación general del método de cálculo de costo**

Este estudio estimó el costo recurrente directo de la prestación de servicios a nivel de establecimiento. Esto se logró mediante el uso de una variedad de estrategias de recolección de datos para identificar y cuantificar las cantidades y costos de los diversos recursos utilizados para producir servicios de salud según lo observado en cada establecimiento. El método general de esta parte del estudio fue medir las cantidades de los diversos recursos que se estaban usando en cada establecimiento y el “costo” de estos recursos a precios que reflejaban la cantidad de fondos que se estaba gastando para apoyar la prestación de los servicios<sup>11</sup>.

La atención médica es por su naturaleza una actividad muy complicada que utiliza diferentes recursos en la producción de servicios muy distintos. El objetivo fundamental de esta investigación es establecer una línea de base que se van a utilizar para evaluar la descentralización de los servicios básicos de salud en ciertos municipios paraguayos. Los servicios de interés primario para las personas encargadas de formular la política sanitaria son principalmente aquellos dirigidos a las mujeres y los niños. En el Cuadro 6.1, se presenta una lista de servicios específicos.

Para cada uno de los servicios de salud presentados en el Cuadro 6.1, se obtuvieron medidas de producto y se hicieron estimaciones comparables de costo de estos servicios. A medida que la estrategia de estimación de costo se iba diseñando, los evaluadores iban tomando una serie de decisiones relacionadas con los problemas conceptuales básicos descritos más arriba. Estas decisiones estaban relacionadas con las opciones

---

<sup>11</sup> Como ya se mencionó anteriormente, el tema de quien realiza el gasto es importante. Este estudio estima los gastos totales independientemente de quien los paga. De ese modo, medicamentos donados se valoran según el gasto de los donantes; los gastos de personal se estiman usando los salarios pagados independientemente de quien realizó el pago. Si se usara estrictamente el concepto económico de costo, los recursos se valorarían según sus costos de oportunidad; en este estudio los recursos se valoran según su costo financiero.

---

**Cuadro 6.1. Servicios de salud incluidos en el análisis de costos**

---

Áreas de Servicio	Servicios Básicos de Salud
Planificación Familiar	Suministro de métodos anticonceptivos reversibles, incluso DIUs, píldoras, condones, e inyecciones
Salud Materna	Control prenatal Partos normales y Cesáreas Control post-partum Prueba de Papanicolau
Salud Infantil y de la Niñez	Control de la diarrea Control de la IRA Monitoreo del crecimiento y desarrollo Inmunizaciones: BCG, Polio (Sabin), DPT, Antisarampión
Otros Servicios	Otros servicios

---

relativas a qué productos y qué costos se debían considerar.

Se hicieron estimaciones de costo para los diez *servicios básicos de salud* que se presentan en el Cuadro 6.1. Los primeros nueve servicios se denominan *servicios específicos de salud*. Esto tiene varias implicaciones importantes para la estrategia de estimación de costo. Primero, la opción de limitar los tipos de servicios considerados en el estudio contribuye a identificar los insumos para el costo. Los servicios específicos presentados en el Cuadro 6.1 son casi siempre prestados por un subconjunto del personal médico. Aunque algunos establecimientos pueden tener cirujanos, dentistas, anestesiólogos y otros profesionales médicos, este personal especializado se ve raramente involucrado en la prestación de los servicios específicos. Se utilizaron diversas fuentes de información para identificar los tipos de profesionales de la salud que prestaban los servicios específicos<sup>12</sup>. Entre ellos se encontraban varias categorías de doctores (es decir, médicos clínicos generales, pediatras, obstetras y ginecólogos) de enfermeras tituladas (incluidas las enfermeras obstetras) y de enfermeras auxiliares. Estos empleados fueron puestos en tres grupos (doctores, enfermeras y enfermeras auxiliares) según la similitud de los sueldos. Llamamos

---

<sup>12</sup> Se utilizaron dos fuentes de datos. Primero, las estadísticas de servicio del MSPBS están desagregadas por el tipo de personal que brindó los servicios; segundo, los registros de tiempo del personal (descritos más adelante) brindan información sobre los servicios que el personal prestaba.

*personal médico básico* a los profesionales que prestan servicios de salud específicos. El personal médico que no está típicamente involucrado en la prestación de servicios específicos es llamado *otro personal médico* y el personal no médico es llamado *otro personal*.

Además, aunque el personal médico básico llevó a cabo la mayoría o la totalidad de los servicios de salud específicos, estos profesionales también trataron muchos otros tipos de casos no incluidos en nuestra lista de servicios específicos. Llamamos a estos encuentros “otros” servicios. Dado que la categoría de “otros” servicios cubre una amplia gama de tratamientos que difieren significativamente en cuanto al tiempo requerido para proporcionar los servicios, utilizamos ponderaciones basadas en los requisitos de tiempo de los diversos otros servicios para construir un índice de citas de otros servicios. Esto se hizo para aliviar problemas al comparar un establecimiento con otro en situaciones en que la complejidad de los otros casos tratados variaba significativamente. En el Anexo C se presenta una lista de “otros” servicios y de las ponderaciones que se utilizaron para construir la medida de producción correspondientes.

Las estimaciones de costo que siguen se refieren a servicios básicos de salud incluyendo los otros servicios llevados a cabo por el personal médico básico. Dado que la composición de los servicios prestados es una dimensión importante del desempeño del sistema de salud, el costo total de

la prestación de servicios básicos de salud está desglosado por tipo de servicio.

El horario de funcionamiento de los centros introduce otra complicación en el proceso de medición de costos por servicios. Un importante número de establecimientos tiene personal disponibles 24 horas al día para suministrar distintos servicios. Este personal ofrece servicios de guardia después del horario normal de trabajo del establecimiento. El principal servicio de salud que el personal de guardia ofrece son servicios relacionados con partos; sin embargo, otros servicios pueden ser ofrecidos. Los centros que ofrecen servicios durante todo el día tienen, además de su personal regular, un personal de guardia que permanece en el establecimiento. La composición de este personal de guardia varía de acuerdo al tipo de centro.

Debido a que el flujo de pacientes en horario normal y de horas de guardia es diferente, la disponibilidad de personal de guardia tiene un impacto importante en el costo promedio de provisión de servicios. En general, el número de pacientes atendido por hora de servicio del personal de guardia es probable que sea menor que el número de pacientes atendido por hora de servicio del personal que trabaja en horario normal. Desafortunadamente, los datos sobre servicios ofrecidos no permiten diferenciar entre casos que fueron atendidos en horario normal y casos que fueron atendidos en horario de guardia. Dos tipos de enfoques fueron utilizados en este estudio. Por un lado, la provisión de servicios de guardia puede ser vista como parte de los gastos generales de operación del establecimiento, y como tal, deberían ser incluidos en los costos individuales de proveer los servicios descritos en el Cuadro 6.1. El otro enfoque sería tratar los servicios de guardia como un servicio separado y calcular el costo total de los recursos dedicados a este servicio<sup>13</sup>. A lo largo de esta sección,

---

<sup>13</sup> Es importante señalar que cualquiera de estos dos enfoques tiene sus limitaciones. Tratar las emergencias como gastos generales sería correcto si pudiéramos destinar ese gasto a cada uno de los servicios individuales basados en la proporción de los servicios que fueron suministrados durante el horario de guardia. La ausencia de datos de servicios desagregados por

señalaremos el efecto de estos dos distintos enfoques en la estimación de costos y eficiencia.

El segundo problema tratado fue la determinación de los costos de los recursos que se usaron en las estimaciones. La producción de servicios básicos de salud requiere cinco categorías de recursos cuyo consumo en el establecimiento se puede observar. Estas categorías de recursos son: (1) tiempo de personal; (2) suministros, medicinas y otros productos consumibles; (3) gastos de administración a nivel de establecimiento y gastos indirectos (rubros tales como pagos a empresas de servicio público y mantenimiento de rutina); (4) equipo; y (5) espacio físico<sup>14</sup>. Los resultados del uso de estos recursos son la producción de servicios de salud observables a nivel de establecimiento (por ejemplo, número de pacientes atendidos) y la producción de resultados de salud no observables a nivel de establecimiento.

Para las primeras tres categorías de recursos — tiempo de personal, suministros y medicinas, y administración y recursos indirectos— los costos se incurren al mismo tiempo en que se usan los recursos y se prestan los servicios. En otras palabras, hay una relación relativamente directa entre el flujo de pagos por los recursos y el flujo de servicios que tales recursos producen. Llamaremos costos recurrentes a estos costos.

---

horario de guardia y horario normal hace esta tarea imposible. La única posibilidad es asignar los costos de los servicios de guardia en proporción a los costos directos de los servicios individuales o asignar todos los costos del servicio de guardia al costo de un servicio específico como por ejemplo partos. Tratar los servicios de guardia como un servicio separado implicaría en crear una categoría de servicio sin una medida de producción. En efecto, algunos casos fueron tratados durante las emergencias pero el resultado de esta actividad fue asignado a una de las otras categorías de servicios.

<sup>14</sup> Una categoría adicional estaría conformada por recursos usados para apoyar los servicios del establecimiento pero que no son usados, o consumidos, por el establecimiento. Estos incluyen recursos usados por la administración, supervisión, logística, capacitación y otras actividades proporcionadas por niveles del sistema de salud superiores al del establecimiento.

Para las últimas dos categorías —equipo y espacio físico— hay una relación mucho más indirecta entre el gasto que se hace para obtener los recursos y el flujo de servicios que tales recursos producen, por ejemplo, un edificio queda generalmente pagado una vez que se construye, y luego produce un flujo de recursos por un período de tiempo prolongado. Lo mismo es válido en el caso del equipo médico. Para los objetivos de este estudio, utilizamos sólo los elementos de los costos recurrentes de los servicios básicos de salud<sup>15</sup>.

### 6.2.2. *Recolección de datos*

Los datos que se usaron para estimar el costo de la prestación de servicios básicos de salud se obtuvieron de cuatro fuentes: (1) registros de los establecimientos y entrevistas al personal entendido en la materia; (2) proveedores de servicios de salud en el establecimiento; (3) estudios detallados de costos de una muestra pequeña de establecimientos; y (4) niveles administrativos por encima de los establecimientos en la jerarquía de la organización. Trataremos cada una de estas fuentes una por una.

---

<sup>15</sup> El incluir estimados del costo del edificio y equipamiento del establecimiento introduce complicaciones en el análisis y requiere realizar varios supuestos arbitrarios. La estimación del costo de capital requiere que se asigne un valor a los bienes de capital del establecimiento. Esto requiere que se asigne un valor al edificio del establecimiento y al equipo existente en el. Sería necesario estimar los años de vida útil de cada bien de capital y asumir una tasa de interés para estimar el costo de usar el bien de capital durante un mes. En la encuesta de establecimiento se recolectó información básica sobre el equipamiento y el edificio del establecimiento. Sin embargo, no se realizaron estimaciones del costo de capital. En estudios anteriores (Costa de Marfil y Filipinas), se encontró que los costos de equipo y edificio conforman un porcentaje pequeño del costo total. Se espera que los servicios de salud se brinden en los mismos establecimientos antes y después de la descentralización, así que es poco probable que este componente cambie. Si nuevos establecimientos son creados o viejos establecimientos son cerrados, estos cambios serán observados. Del mismo modo, se compararán los inventarios de equipo antes y después de la descentralización para determinar si ocurrieron cambios en el stock de bienes de capital.

**Recolección de datos de establecimiento.** En las encuestas de establecimiento se incluyeron preguntas relacionadas con los recursos disponibles para la prestación de servicios a nivel de establecimiento. Se agrupaban de la siguiente manera:

- Inventario detallado de la dotación de personal con el número y tipo de personal y su nivel de esfuerzo,
- inventario de medicinas y productos básicos de planificación familiar,
- inventario de equipo.

Esta información se utilizó para calcular el gasto total de personal y las cantidades de diversas medicinas usadas en la prestación del servicio.

**Registro de asignación de tiempo.** En cada establecimiento se pidió a una cierta cantidad de personal de cada uno de los tipos de personal (doctores, enfermeras y enfermeras auxiliares) que llevaran un registro de los contactos con pacientes durante un período de 5 a 6 días. En cada contacto con un paciente se anotó la hora de inicio y la hora de finalización del contacto. También se anotó el tipo de contacto —servicios específicos o servicios secundarios de salud—. Como se describe con más detalle más adelante, estos registros de asignación de tiempo se utilizaron para obtener la información necesaria para asignar el costo del tiempo de personal a las diversas actividades para las cuales se hicieron estimaciones específicas de costo.

**Estudios detallados de establecimientos.** La prestación de servicios de salud involucra una gran cantidad de insumos. Con la excepción del tiempo de personal, las medicinas específicas, el equipo y el espacio en los locales, en su mayoría, los otros insumos representan individualmente una pequeña proporción del costo total. Los problemas y el costo que habría generado un trabajo de recolección completa de datos sobre los otros insumos en cada uno de los establecimientos habrían sobrepasado ampliamente los beneficios de hacerlo.

Para obtener información sobre las numerosas categorías de gastos menores, se seleccionaron unos pocos establecimientos con el fin de hacer en ellos estudios detallados. Los establecimientos que se sometieron a este análisis intensivo de costo se seleccionaron de manera tal que constituyeran una muestra representativa de los demás establecimientos de la muestra. La muestra de establecimientos públicos se dividió en cuatro grupos de acuerdo con las características de establecimiento<sup>16</sup>. Se escogió un establecimiento representativo de cada grupo y se llevó a cabo un análisis intensivo de los siguientes factores: costo de suministros médicos menores y de otras categorías menores, gastos varios de operación, y gastos de administración del establecimiento. Estos datos se utilizaron luego como base para asignar costos a los demás establecimientos de cada grupo.

**Recolección de datos a otros niveles del sistema de salud.** La estimación de los costos de suministros médicos y gastos indirectos hicieron necesaria la recolección de datos a niveles del sistema de salud ubicados a un nivel superior de los establecimientos de salud. Los precios que se pagaron por muchos de los suministros médicos utilizados a nivel de establecimiento no son conocidos en el propio establecimiento. Es posible que los suministros médicos, por ejemplo, no sean comprados por el propio establecimiento sino por una unidad ubicada a un nivel más elevado en la jerarquía de organización. Para determinar el costo de estos componentes, se llamó al agente o agencia de compras y se obtuvieron los precios de los diversos insumos suministrados al establecimiento desde ese nivel. Información adicional sobre este proceso se presenta en el Anexo C.

### 6.2.3. Cálculo de costos

**Cálculo del costo total.** En cada establecimiento público de la muestra, se calculó el total de costos recurrentes de servicios médicos básicos sumando los costos de recursos de cuatro categorías generales: (1) costos de personal médico básico; (2) gastos administrativos; (3) suministros

médicos específicos; y (4) otros suministros y costos indirectos del establecimiento.

**Costo del personal médico básico.** El costo del personal médico básico se calculó con la información del personal médico básico —nivel de esfuerzo, sueldo, y asignación de esfuerzo— extraída de los registros de los establecimientos y de los registros de asignación de tiempo. Para calcular el costo total del personal médico básico de cada establecimiento, el sueldo<sup>17</sup> de cada categoría de personal se multiplicó por el total de horas que cada uno de los empleados trabajó en la prestación de servicios médicos básicos. Luego se sumaron los productos de este cálculo correspondientes a cada tipo de personal

$$CostoTotalPersonalMedicoBasico_n = TSC_n = \sum_{j=1}^J W_{j,n} Horas_{j,n}$$

**(Ecuación 6.2.)**

Donde,

$W_{j,n}$  es el sueldo por hora del tipo de personal  $j$  (doctores, enfermeras y enfermeras auxiliares) en el establecimiento  $n$

$Horas_{j,n}$  es el número de horas mensuales de personal del tipo de personal  $j$  en el establecimiento  $n$

**Costos del personal administrativo.** El costo administrativo es un aspecto importante porque es una de las áreas de costo que la descentralización puede afectar. El cálculo del costo del personal administrativo presenta dos problemas. Primero, en los establecimientos pequeños es posible que no haya personal administrativo<sup>18</sup> y que sea el

<sup>16</sup> Una descripción detallada del procedimiento usado se presenta en el Anexo C.2.

<sup>17</sup> El sueldo se obtuvo de dos fuentes de datos. En la encuesta de establecimientos se preguntó a los administradores por el salario típico de cada categoría de personal. Adicionalmente, se consultaron registros del nivel central para obtener los salarios del personal; estos fueron acumulados por tipo de personal y se dividió por el número de horas de trabajo de ese personal en el establecimiento. La segunda fuente de datos fue considerada más confiable que la primera.

<sup>18</sup> Solamente siete de 26 puestos de salud reportaron tener personal administrativo. Todos los centros de

personal médico, en general las enfermeras auxiliares, el que lleve a cabo tareas administrativas tales como el ingreso de pacientes. Cuando no hay personal administrativo, la estimación del costo administrativo requiere que los costos asociados con el personal que lleva a cabo tareas médicas y administrativas se distribuya entre las dos actividades. Segundo, en los establecimientos grandes también se prestan servicios que no son servicios médicos básicos<sup>19</sup>. En tales casos, es necesario distribuir el costo del personal administrativo entre los servicios médicos básicos y las otras actividades del establecimiento.

Se utilizaron dos procedimientos para tratar estos problemas. Primero, llevamos a cabo detallados estudios de costo para identificar los gastos administrativos en cuatro establecimientos representativos. El gasto administrativo se calculó como porcentaje del gasto de personal médico básico. Este porcentaje se aplicó luego a otros establecimientos del mismo grupo para estimar el gasto de personal administrativo. El segundo procedimiento fue tomar el número declarado de horas de trabajo del personal administrativo, distribuir esas horas entre los servicios médicos básicos y otros servicios médicos, y utilizar los sueldos del personal administrativo para calcular el gasto administrativo total asociado con la administración de servicios básicos de salud. Para generar estimaciones del costo de administración en establecimientos en que no había personal administrativo, el tiempo de trabajo de las enfermeras auxiliares se distribuyó entre tiempo de prestación de servicios y tiempo administrativo. Los procedimientos que se utilizaron se describen en el Anexo C. Dado que hubo una variación considerable en el uso de personal administrativo en los establecimientos, el segundo procedimiento se utilizó para generar los resultados que se presentan a continuación.

#### **Costo de medicinas y suministros específicos.**

Las medicinas y suministros específicos son

---

salud y hospitales reportaron tener personal administrativo.

<sup>19</sup> En todos los hospitales, en 16 de los 17 centros de salud, y en 7 de los 26 puestos de salud hubo personal médico dedicado a tareas no incluidas en el paquete básico de servicios considerados en este estudio.

aquellos que se utilizan sólo para uno de los servicios específicos. Los costos de medicinas y suministros se estimaron en los casos de productos básicos de planificación familiar, vacunas, y nacimientos. Las fuentes de suministro proporcionaron los precios de cada método anticonceptivo y de cada vacuna. El costo del suministro de cada cita médica se determinó en cada tipo de servicio según la cantidad de suministro que se utilizó en una sola cita médica, como se muestra a continuación:

- Inmunización: una dosis de vacuna
- Métodos anticonceptivos: de acuerdo con las cantidades correspondientes a cada método entregadas al cliente durante la cita; por ejemplo, ciclos de píldoras, cantidad de condones, etc.
- Partos: Se hizo una lista de suministros utilizados típicamente en un parto y se sumaron los costos de cada artículo de la lista. Se hicieron listas separadas para partos normales y para cesáreas. La lista de suministros médicos específicos y los precios utilizados en las estimaciones se presentan en el Anexo C.

El costo total de suministros médicos específicos en cada establecimiento se calculó multiplicando el número de citas por el costo de los suministros de cada cita médica en el establecimiento y luego se sumaron los resultados de todos los servicios de los cuales se calcularon los costos de suministros médicos específicos.

**Otros costos de suministros y costos indirectos del establecimiento.** Las estimaciones del costo de suministros generales y de gastos misceláneos se hicieron a partir de los estudios detallados. Esta categoría incluye el costo de varios otros suministros y gastos de operación recurrentes entre los cuales se encuentran el mantenimiento y los pagos a empresas de servicios públicos. Una estimación del 5% de los gastos del personal médico básico se utilizó en todos los establecimientos. El Anexo C contiene una descripción más completa de los componentes de esta estimación. Tal como se muestra en la Ecuación 6.3, el total de costos recurrentes de servicios médicos básicos de cada

establecimiento se estimó sumando los costos componentes.

$$TotCost_{Basic,n} = TSC_n + Adm_{Basic,n} + \sum_{i=1}^I Med_i + OtherCost_{Basic,n}$$

**(Ecuación 6.3)**

Donde,

$TotCost_{Basic,n}$  son los costos recurrentes totales de los servicios básicos de salud en el establecimiento  $n$

$TSC_n$  es el costo del personal médico básico en el establecimiento  $n$

$Adm_{Basic,n}$  es el costo administrativo asignado a la atención médica básica en el establecimiento  $n$

$Med_i$  es el costo total de medicinas y suministros utilizados específicamente en el servicio  $i$

$OtherCost_{Basic,n} = \alpha_{other} TSC_n$  es el estimado de otros gastos indirectos

### Cálculos del costo de servicios específicos de salud.

El costo de servicios específicos de salud se estimó por medio de la distribución de los componentes del costo entre cada actividad específica. Los componentes de costo se dividieron en dos categorías. La primera categoría fue para los costos de recursos que se usan exclusivamente para un solo servicio; por ejemplo, el costo de los métodos anticonceptivos se asignó a los servicios de planificación familiar. La segunda categoría fue para los costos de recursos que se utilizan en la prestación de varios servicios; por ejemplo, tiempo de personal.

*Distribución del costo del personal médico básico.* El registro de la asignación de tiempo de personal se utilizó para distribuir el costo de personal entre los diversos servicios. Esto se hizo por dos razones. Primero, el tiempo de personal representa el mayor componente (62%) del costo

recurrente total. Segundo, para el caso de la mayoría de los otros componentes de costo; por ejemplo, suministros generales y gastos indirectos tales como pagos a empresas de servicios públicos, se puede considerar legítimamente que hay una relación de proporcionalidad directa entre la cantidad de tiempo de trabajo consumido y la cantidad de otros recursos consumidos.

Como se describe más arriba en la sección de recolección de datos, los registros de asignación de tiempo completados por los profesionales integrantes de una muestra de proveedores de servicios de salud se utilizaron para registrar la cantidad de tiempo que tales profesionales invirtieron en contactos con los pacientes en cada establecimiento y en cada una de las diversas categorías de servicio que aparecen en la lista de servicios específicos<sup>20</sup>. De acuerdo con esto, en cada establecimiento y por cada tipo de personal, calculamos la proporción total de contactos con pacientes que tuvieron en cada servicio específico de salud. El cálculo se muestra en la Ecuación 6.4.

$$a_{i,j,n} = \frac{t_{i,j,n} Q_{i,j,n}}{\sum_{i=1}^I t_{i,j,n} Q_{i,j,n}}$$

**(Ecuación 6.4)**

Donde,

$\alpha_{i,j,n}$  es la proporción de tiempo total de contacto con pacientes que el tipo de personal  $j$  invirtió en el servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

<sup>20</sup> Debido a la manera como se administraron los registros de asignación de tiempo, no todos los servicios fueron observados en todos los establecimientos. Por ejemplo, un establecimiento puede atender partos pero no hubieron partos durante el periodo en el que los registros de asignación de tiempo fueron administrados. En los establecimientos con no información para un servicio en particular, se utilizó el tiempo promedio requerido por ese servicio en los otros establecimientos del grupo al cual ese establecimiento pertenece. El Anexo C presenta el procedimiento usado para definir los cuatro grupos de establecimientos.

$t_{i,j,n}$  es el tiempo que el tipo de personal  $j$  necesita para atender a un paciente del servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$Q_{i,j,n}$  es el número de pacientes del servicio  $i$  que el tipo de personal  $j$  atiende en el establecimiento  $n$

Por medio de la proporción calculada en la Ecuación 6.4, el tiempo total de personal médico básico utilizado en el  $i$ -ésimo servicio se calcula con la Ecuación 6.5.

$$TSC_{i,n} = \sum_{j=1}^J a_{i,j,n} TSC_{j,n} \quad \text{(Ecuación 6.5)}$$

Donde,

$TSC_{i,n}$  es el costo total del personal médico básico por servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$TSC_{j,n}$  es el costo total de personal médico básico por tipo de personal  $j$  en el establecimiento  $n$

$\alpha_{i,j,n}$  es la proporción de tiempo total de contacto con el paciente que el tipo de personal  $j$  invirtió en el servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

Este cálculo fue hecho usando dos maneras distintas que dependen del enfoque utilizado para tratar los servicios de guardia. Para asignar los costos de los servicios de guardia entre la totalidad de los servicios, el número total de horas de cada tipo de personal fue utilizado en la ecuación 6.5. Tratar la guardia como un servicio separado involucra restar de  $TSC_{j,n}$  para cada tipo de personal médico antes de hacer los cálculos de la ecuación 6.5. Las horas asignadas al personal médico de guardia para cada establecimiento fue basado en si el centro ofrece o no servicios de “guardia” y en la composición del equipo de guardia del centro. Una descripción del procedimiento utilizado se presenta en el Anexo C.

**Estimación de costo recurrente total.** Tal como se muestra en la Ecuación 6.6, el costo recurrente total por cada servicio se estimó sumando lo siguiente: tiempo de personal médico básico

asignado al servicio, tiempo de personal administrativo asignado al servicio<sup>21</sup>, costo de suministros o medicinas específicas para el servicio, y cantidad total de costos generales asignados de acuerdo con el porcentaje de tiempo de personal médico básico utilizado por el servicio.

$$TC_{i,n} = TSC_{i,n} + Adm_{Basic,i,n} + Med_i + b_{i,n} OtherCost_{Basic} \quad \text{(Ecuación 6.6)}$$

Donde,

$TC_{i,n}$  es el costo recurrente total del servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$TSC_{i,n}$  es el costo del personal médico básico asignado al servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$Adm_{Basic,i,n}$  es el gasto administrativo asignado al servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$Med_i$  es el costo total de las medicinas y suministros específicamente utilizados por el servicio  $i$

$\$_{i,n}$  es el porcentaje de gastos totales de personal dedicados al servicio  $i$  en el establecimiento  $n$  y se calcula como:

$$b_{i,n} = \frac{TSC_{i,n}}{TSC_n}$$

$OtherCost_{Basic}$  es la cantidad total de otros gastos indirectos de servicios médicos básicos

**“Tiempo improductivo” del personal.** El tiempo que el personal no pasa en contacto directo con los pacientes —“tiempo improductivo”— es un componente del costo del trabajo y amerita cierta discusión. Obviamente, el personal no pasa todo el tiempo en contacto directo con los pacientes. Aunque a un empleado se le pague por trabajar ocho horas al día en un establecimiento, el empleado no pasa todos los minutos de esas ocho

<sup>21</sup> El procedimiento para asignar costos administrativos a servicios específicos se presenta en Anexo C.

**Cuadro 6.2. Número de establecimientos incluidos en el análisis de costos**

Tipo de establecimiento	Departamento			
	Cordillera	Misiones	Central	Total
Hospitales	0	1	3	4
Centros de salud	6	3	8	17
Puestos de salud	4	7(2)	20(3)	31(5)
Total	10	11(2)	31(3)	52(5)

Número de establecimientos con respuestas incompletas en paréntesis.

horas atendiendo pacientes. Puede utilizar el tiempo en que no hay contacto con los pacientes llevando a cabo tareas administrativas u otras tareas necesarias tales como mantenimiento de registros, esterilización de instrumentos y arreglo de las salas de consulta. También es probable que debido a que los pacientes no llegan al establecimiento de manera constante y continua, parte del tiempo de personal se pasa esperando a los pacientes. Finalmente, puede haber cierta cantidad de tiempo desperdiciado cuando los empleados se dedican a actividades personales que no son actividades del establecimiento. Como se discutirá en mayor detalle en la sección siguiente, estos problemas son muy importantes en cuanto a la eficiencia; sin embargo, la eficiencia es pertinente en el análisis de costo, en particular en el análisis del costo unitario.

Las estimaciones del porcentaje de “tiempo improductivo” se hicieron en cada establecimiento según los registros de asignación de tiempo<sup>22</sup>. El “tiempo improductivo” se distribuyó entre los diversos servicios proporcionalmente según los contactos con los pacientes. De acuerdo con esto, si el 75% del tiempo de contacto con el paciente fue para citas prenatales, 75% del “tiempo improductivo” se asignó a servicios prenatales. El cálculo del costo total en el establecimiento y de los costos por servicios individuales en el estable-

<sup>22</sup> Los registros de asignación de tiempo cubren un número de horas determinado por el momento de inicio de la primera cita y el momento de término de la última cita. Al dividir el número de horas de contacto con pacientes por el número total de horas que se mantuvo el registro se tiene un estimado del porcentaje de tiempo de personal que no involucro contacto con pacientes. La causa del “no contacto” con pacientes, sin embargo, no es conocida.

cimiento incluye el costo de “tiempo improductivo” calculado como se describe más arriba. Este “tiempo improductivo” es altamente pertinente a nuestras medidas de eficiencia y se trata en mayor detalle en la sección siguiente.

### **6.3. Resultados de línea de base**

#### **6.3.1. Muestra de establecimientos**

Se encuestaron los 52 establecimientos públicos del grupo de estudio principal usando el conjunto completo de cuestionarios de establecimiento (ver Anexo E). Las respuestas de 47 de estos establecimientos fueron suficientemente completas como para construir las medidas de costo que se describieron anteriormente. El cuadro 6.2 muestra la distribución de establecimientos por departamento y tipo. Dos puestos de salud en Misiones y 3 en Central no proporcionaron suficiente información para la estimación de costos. Debido al reducido número de hospitales (cuatro en total), no se distingue entre hospitales regionales y distritales.

#### **6.3.2. Costo recurrente total**

El costo recurrente total por mes se calculó en los 47 establecimientos que tenían datos completos. Los 47 establecimientos tenían un costo recurrente total promedio de servicios básicos de salud de 709.6 millones de guaraníes (US\$252,091) por mes. La Figura 6.1 muestra el costo recurrente total por mes desglosado por departamento y por tipo de establecimiento. Debe tenerse en cuenta que este estudio no cubrió todos los municipios de los tres departamentos. El grupo de estudio principal incluyó 10 municipios de los 19 de Central, seis de los 20 de Cordillera, y cuatro de los 10 de Misiones. El 50% de la población de

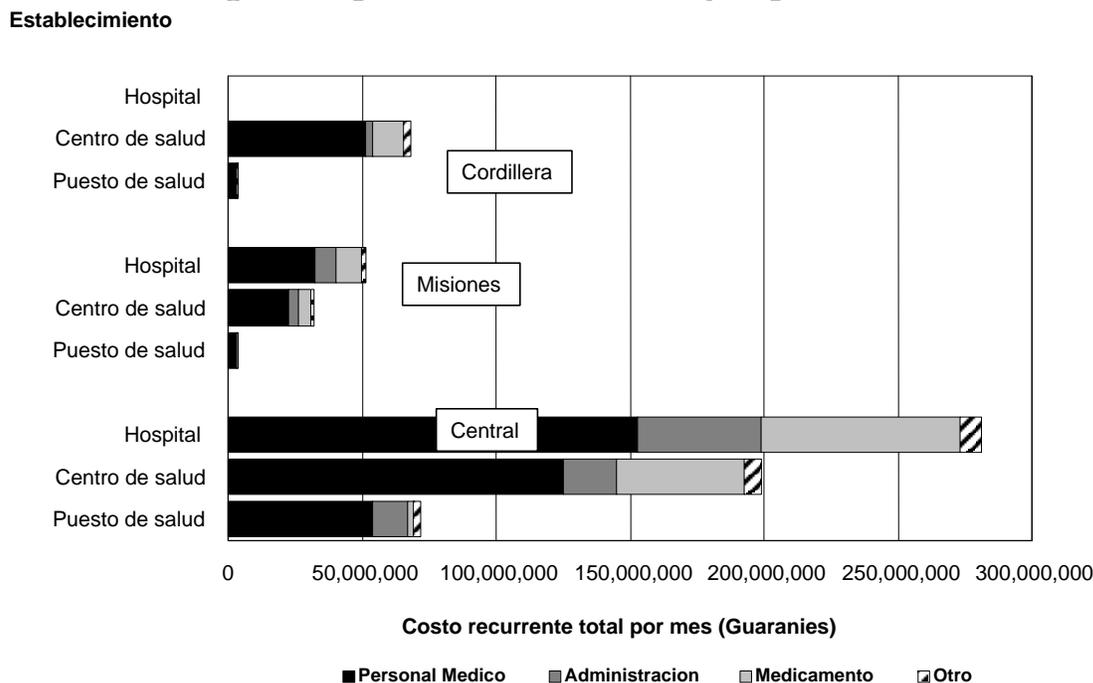
Central, el 35% de la población de Cordillera, y el 39% de la de Misiones se encuentra en los municipios de estudio principal.

Central, que es el departamento que tiene mayor población, representó el 78% del costo recurrente total por mes, y Cordillera y Misiones representaron el 10% y el 12% respectivamente. La proporción del costo recurrente total de Central no es sorprendente dado que más de la mitad de los establecimientos de la muestra están en ese departamento. Central representó el 78% de los costos totales y también da cuenta de 84% de la población de los municipios incluidos en este estudio. Pese a que Misiones y Cordillera muestran costos totales similares, los municipios de Cordillera tienen aproximadamente el doble de población de los de Misiones, este último es el de menor población de los tres departamentos. En términos per cápita, Misiones presenta el mayor

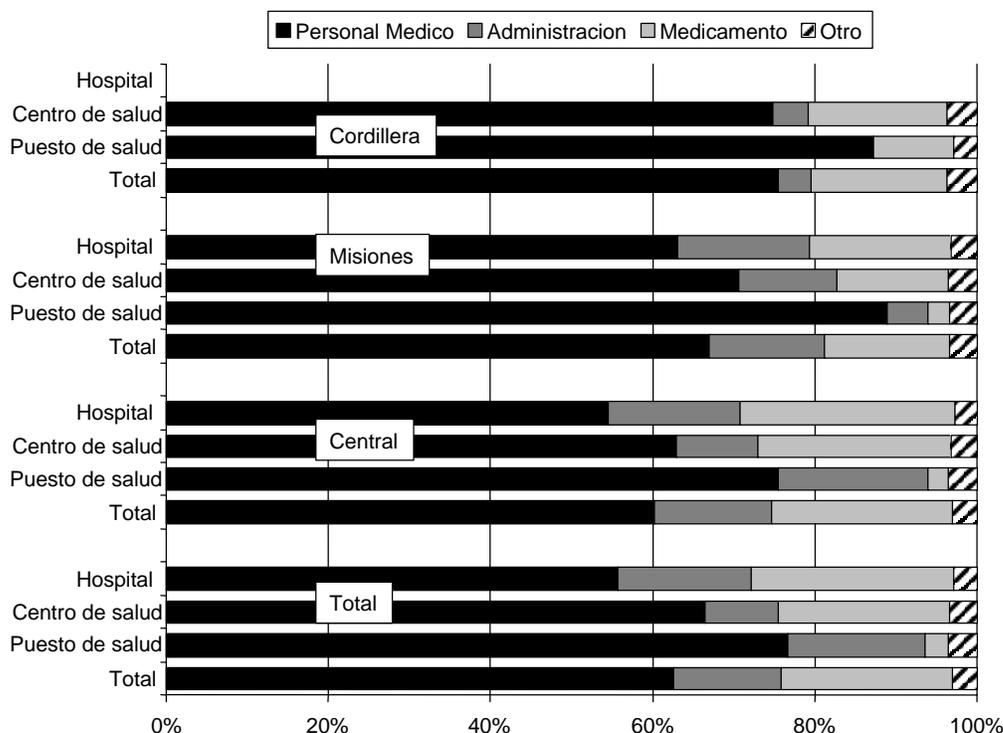
gasto con 2,281.27 Guaraníes por persona (US\$ 0.81) por mes. El gasto per cápita mensual en Central y Cordillera es similar, con 946.13 Guaraníes por persona (US\$ 0.34) y 921.20 Guaraníes por persona (US\$ 0.33) respectivamente. El Anexo D presenta cuadros y figuras adicionales sobre los costos estimados.

**Distribución por componente de costo.** La Figura 6.2 presenta la distribución porcentual de los costos recurrentes por componente de costo. Los costos de personal médico constituyen el 63% de los costos recurrentes totales, 13% es costo de personal administrativo, 21% es costo de medicinas y suministros específicos, y 3% son otros gastos indirectos recurrentes. Tal como se muestra en la Figura 6.2, hay cierta variación en la composición de los costos recurrentes totales por departamento y tipo de establecimiento.

**Figura 6.1**  
**Costo recurrente total por mes,**  
**según el tipo de establecimiento y departamento**



**Figura 6.2**  
**Distribución porcentual de costo recurrente total por mes, según el tipo de establecimiento y departamento**



La Figura 6.3 presenta la distribución del costo recurrente mensual de personal —63% de los costos recurrentes totales— por tipo de personal. En general, el 31% de los costos de personal médico es por doctores, 27% por enfermeras y 41% por auxiliares. Hay una ligera variación en la distribución de costos de personal médico por tipo de establecimiento y una considerablemente mayor variación por departamento. Por tipo de establecimiento, en todos los departamentos, los médicos representan un 31% de los gastos de personal médico en hospitales en comparación con el 30% en centros de salud y el 36% en puestos de salud. Las enfermeras representan el 39% de los gastos de personal médico en hospitales y centros de salud, y 17% en puestos de salud.

Las enfermeras auxiliares representan el 39% de los gastos de personal en hospitales, 41% en centros de salud y 47% en puestos de salud. La distribución de los costos de personal es fuertemente influenciada por la distribución observada

en Central. La Figura 6.3 muestra la variación de la distribución por departamentos, especialmente en puestos de salud. Tanto en Cordillera como en Misiones, los puestos de salud tenían solamente enfermeras auxiliares.

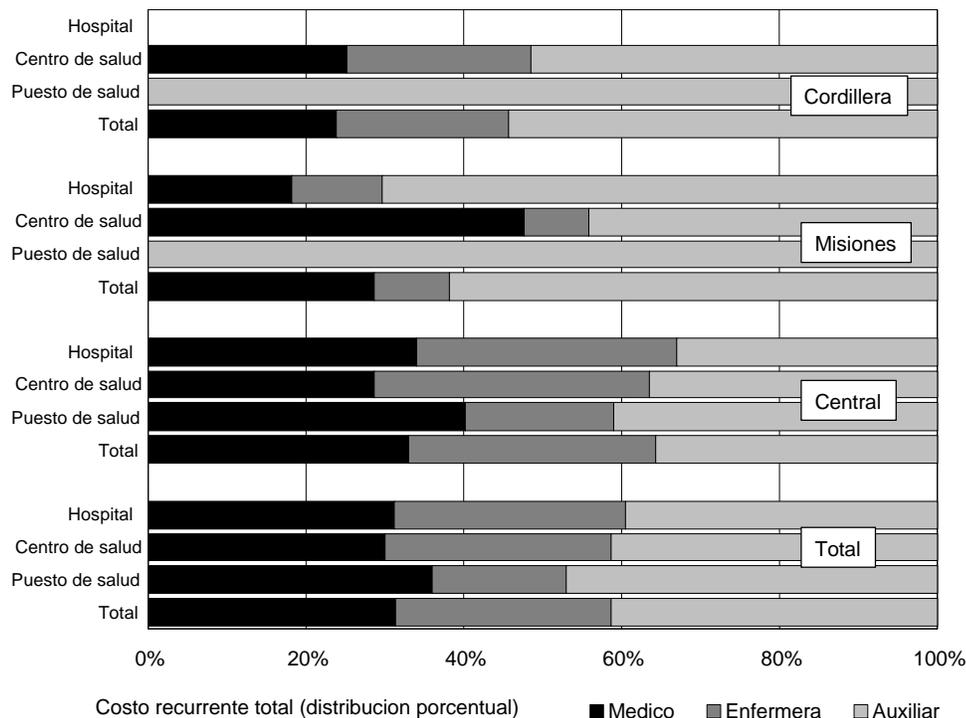
**Distribución por servicios.** Los costos de servicios individuales se calcularon para cada uno de los servicios específicos presentados en el Cuadro 6.1. No todos los establecimientos ofrecían todos los servicios, de manera que el número de observaciones que se utilizó en el cálculo de costos específicos de servicio varía. Al asignar el costo a los servicios individuales es posible ver cómo el costo recurrente total se distribuye entre las diferentes actividades. La Figura 6.4 muestra la distribución del costo recurrente total en las categorías principales de servicio de salud — planificación familiar, salud materna, salud infantil y otros servicios. Estos datos son presentados de dos maneras. En el panel A de la figura, los costos de los servicios de guardia son asignados entre todos los servicios. En el panel B

los servicios. En el panel B de la figura, los recursos destinados a servicios de guardia fueron separados. Los costos de los servicios de guardia representan cerca de 14.6% de los costos totales. En general, si uno decide asignar los costos de los servicios de guardia proporcionalmente entre todos los servicios, los servicios de salud materna representaron la mayor proporción de los costos recurrentes totales con un 39%, seguido por otros servicios en un 38%, 20% por servicios de salud infantil, y 3% por servicios de planificación familiar. Por otra parte, si uno decidiera asignar todos los costos de los servicios de guardia al costo total de los servicios de parto, los servicios de salud materna representarían 49% de los costos recurrentes totales (ver Panel B). Existen algunas variaciones por departamento en la distribución por servicios específicos de los costos recurrentes totales. En comparación con los otros dos departamentos, Central gastó un porcentaje mayor de sus recursos en servicios de salud materna y un menor porcentaje en servicios de salud infantil y

de planificación familiar.

La Figura 6.5 presenta la misma información que la Figura 6.4, pero en la Figura 6.5 la información se desglosa por servicio básico de salud específico, por departamento y por tipo de establecimiento. La figura incluye el costo de los servicios de emergencia como una categoría separada. La mayor proporción en el uso de recursos lo representa la categoría de otros servicios llegando a ser 31% del total de los costos recurrentes. Partos representa la segunda mayor proporción. Combinados, los costos de partos normales y los costos de partos complicados representan un 27% del total de los costos recurrentes. Si los costos de guardia se asignan a los costos de partos, esta proporción se incrementaría a 42% del total de los costos recurrentes. Con la excepción de las inmunizaciones, las cuales representan un poco menos del 11% de los costos recurrentes, cada uno de los servicios fueron menos del 5% del total con la menor proporción de recursos destinados a

**Figura 6.3**  
**Distribución porcentual del costo recurrente total del personal médico, según el tipo de establecimiento y departamento**



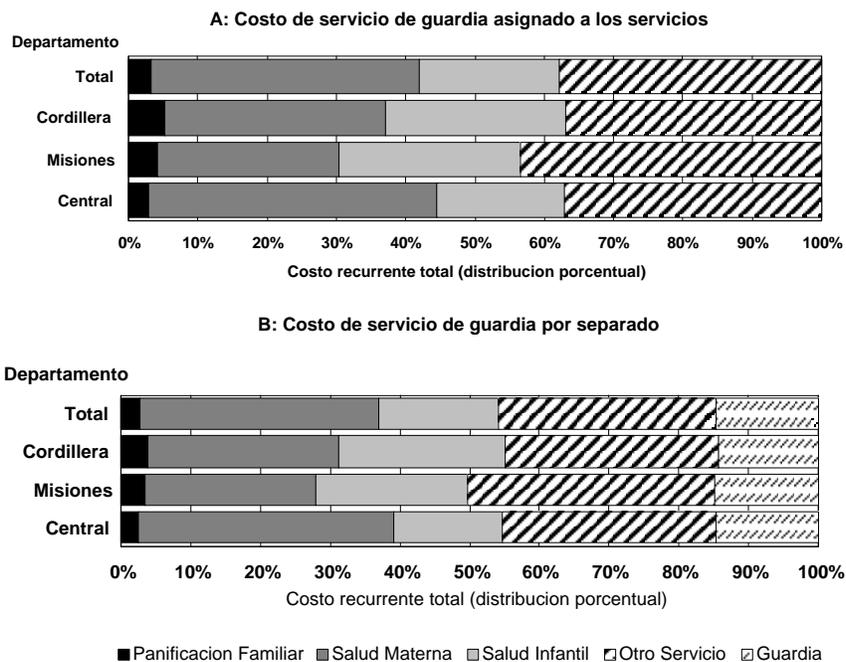
los tratamientos de diarrea y a los tratamiento de cuidado post-natal. Un análisis por departamento y por tipo de centros confirma nuestras expectativas. En efecto, centros mas sofisticados (hospitales y Centros de Salud) tienden a gastar una proporción mayor de sus recursos en tratamientos más complicados como partos. El resultado interesante que se produce aquí ocurre en los puestos de salud de Central en que sólo aproximadamente el 35% de los recursos del establecimiento se dedican a las actividades de salud materno infantil. El Anexo C contiene gráficos adicionales de la distribución de recursos por servicios.

### 6.3.3. Costo del servicio por cita médica

El costo promedio por unidad (o por cita médica) de cada servicio específico se calcula dividiendo el costo total asignado al servicio por el número total de citas médicas del servicio durante un período de un mes. Estos resultados se presentan

en las figuras 6.6. y 6.7. Estas figuras muestran el costo promedio de los servicios sin incluir el costo de personal médico utilizado en la provición de los servicios de guardia. Si se hubieran asignados los costos de guardia proporcionalmente entre todos los servicios, el costo average de cada uno sería alrededor de un 15% superior al reportado en las figuras. El costo unitario promedio de los nacimientos fue varios órdenes de magnitud mayor que el costo unitario de los demás servicios estudiados. Las vacunaciones representan el menor costo unitario. Como observación general, los costos unitarios de la mayoría de los servicios parecen ser más elevados cuando se prestan en el contexto de un hospital o puesto de salud, aunque los puestos de salud proveen servicios de planificación familiar, inmunizaciones, servicios de monitoreo del crecimiento y desarrollo al costo más bajo. Los costos unitarios en los departamentos, que muestran una considerable variación, se presentan en el Anexo C.

**Figura 6.4**  
**Distribución porcentual del costo recurrente total, según el tipo de servicio y departamento**

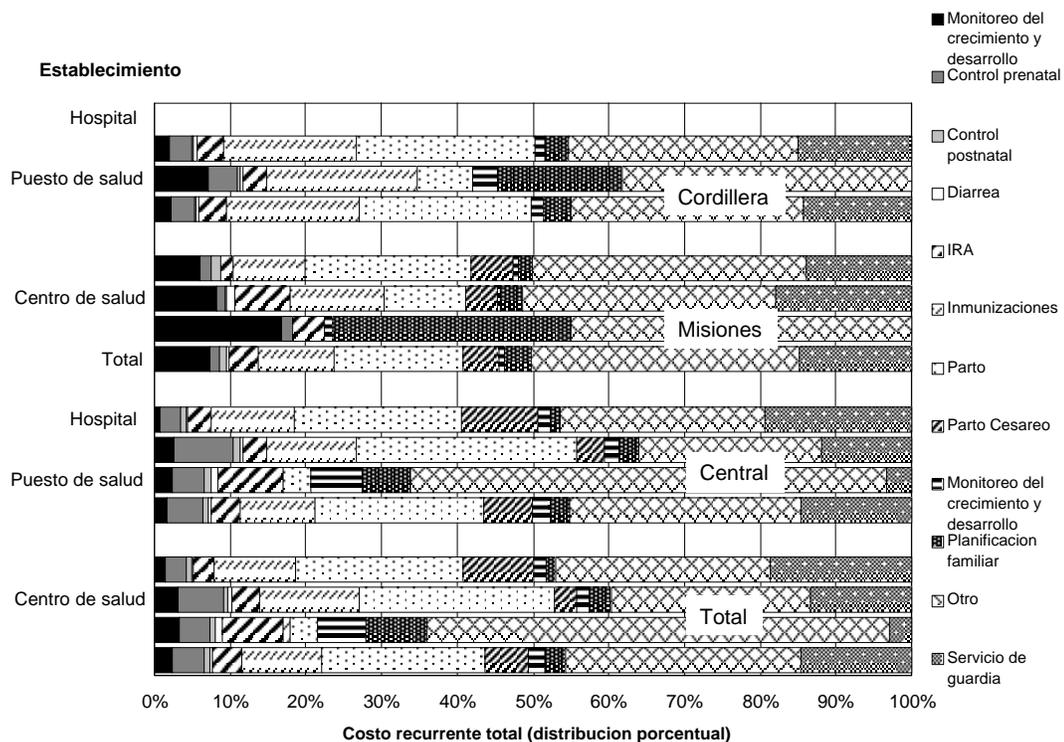


Tal como se muestra en la Figura 6.7 el costo promedio de un nacimiento normal es aproximadamente el mismo en hospitales y centros de salud, pero es más caro en los puestos de salud. Casi no hay variación en el costo unitario de las cesáreas, las cuales no se hacen en puestos de salud. Es también interesante notar el efecto de asignar los costos de guardias al costo de partos. Una de las principales razones de tener personal médico disponible las 24 horas es para ofrecer servicios de parto. Si todos los costos de los servicios de guardia se asignan a los partos, el costo promedio por parto aumenta en 54% para la totalidad de la muestra. El incremento mayor ocurre en Puestos de Salud (81%) y el menor en Centros de Salud (46%).

Las estimaciones de costo de línea de base presentan una parte de la imagen de la prestación de servicios de salud. Estas estimaciones proporcionan una medida de la cantidad total de recursos

que actualmente se usan en el sector público para prestar servicios de salud. Además, muestran cómo se distribuyen actualmente esos recursos entre departamentos, tipos de establecimiento y tipos de servicios prestados. La descentralización de los servicios de salud, y las posibles diferencias que se pueden producir en las decisiones de operación, tiene el potencial de producir cambios en la estructura de costo del sistema de salud. Específicamente, debería ser posible examinar si la cantidad total de recursos que fluye hacia la prestación de servicios cambia diferencialmente en los municipios descentralizados en comparación con lo que ocurre en los municipios que continúan en el régimen centralizado. También podremos examinar si la distribución de tales recursos entre los servicios de planificación familiar, salud materna, salud infantil y otros servicios cambia de manera diferencial. El control del sistema de prestación de servicios de salud del sector público también autoriza la toma de ciertas

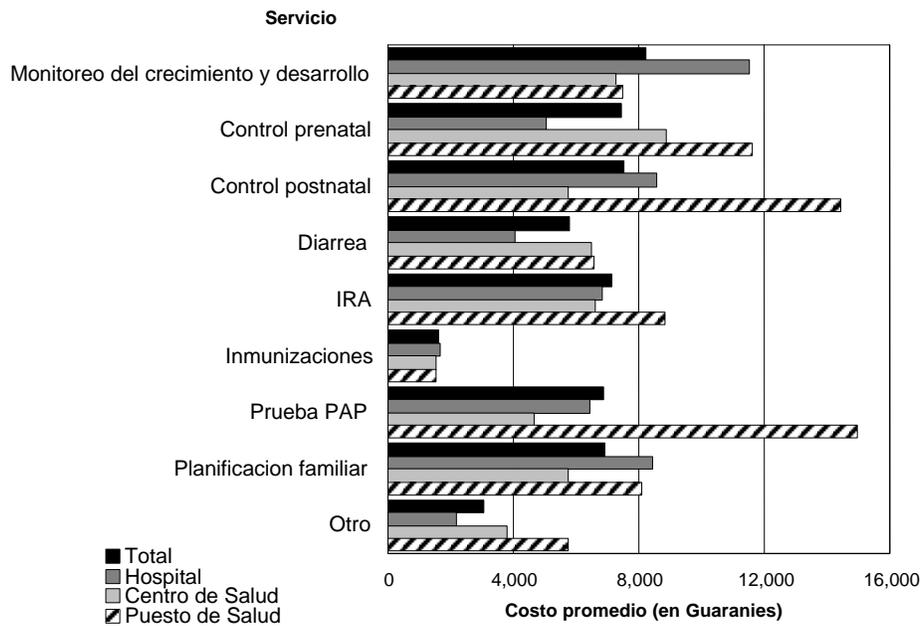
**Figura 6.5**  
**Distribución porcentual del costo recurrente total,**  
**según departamento y el tipo de establecimiento y servicio**



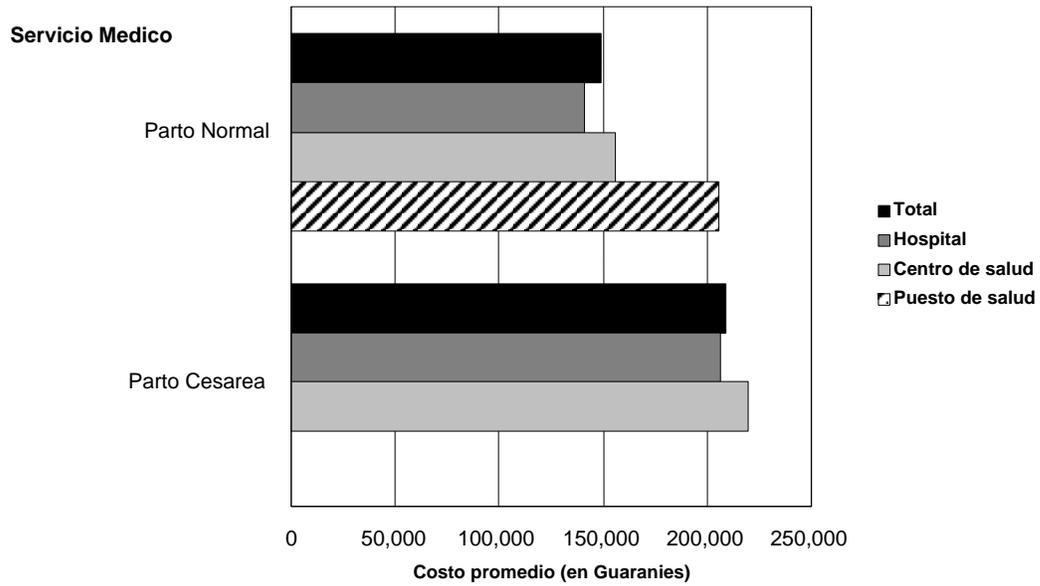
decisiones sobre la composición y la supervisión del personal, y el establecimiento de incentivos para el personal. Además, los cambios en la administración pueden afectar el flujo de pacien-

tes y la carga administrativa del personal. Todos estos factores pueden producir cambios en el costo promedio de prestar servicios de salud a los pacientes.

**Figura 6.6**  
**Costo promedio según el tipo de servicio**  
**(ponderado por el volumen de servicios)**



**Figura 6.7**  
**Costo promedio por servicios de parto,**  
**según el tipo de establecimiento**  
**(ponderado por el volumen de partos)**



## 7. Resultados: Eficiencia de servicio

### 7.1. Problemas conceptuales

El concepto económico de eficiencia describe el problema de la utilización apropiada de los recursos en la producción de una mercancía o servicio. El concepto teórico de eficiencia en producción tiene dos partes. La primera requiere que, dado un cierto conjunto de recursos (descrito por la cantidad de cada tipo de insumo), se produzca de hecho la mayor cantidad de producto que es técnicamente posible producir. La segunda requiere que, dado el precio de cada recurso, el conjunto de recursos que se use sea el que requiere el gasto mínimo total en recursos. Estas dos partes constituyen la eficiencia técnica en producción. En conjunto son equivalentes al comportamiento de minimización de costo por parte del establecimiento<sup>23</sup>.

En términos prácticos, el logro de la máxima eficiencia económica en la producción es una meta inalcanzable. Para los objetivos de este estudio, lo importante es la eficiencia relativa. ¿Son ciertos tipos de establecimiento más eficientes en la producción de servicios que otros?, o ¿mejora la eficiencia de producción después de la descentralización con respecto a lo que era antes de la descentralización?

Este estudio se concentra en una de las dimensiones de la eficiencia de la producción —la eficiencia en la utilización del tiempo de personal—. La eficiencia en la utilización del personal es de importancia crítica por una serie de razones. Primero, los costos de personal representan la mayor proporción del costo total de prestación de servicios. Como se vio en la sección sobre costo, el 63% de los costos recurrentes de los servicios médicos básicos son costos de personal médico. Segundo, hay investigaciones previas que demuestran que una de las mayores fuentes de variación de eficiencia relativa en los establecimientos se produce como resultado de diferencias de utilización de personal. Finalmente, la utiliza-

ción de personal es el concepto de eficiencia más fácil de observar, cuantificar y analizar.

Las variaciones en la eficiencia de la utilización de personal y los costos de personal pueden ser el resultado de una serie de factores, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- exceso de personal con respecto a la demanda de servicios en los establecimientos
- excesiva demanda ejercida sobre el tiempo de personal para actividades administrativas o para otras actividades no relacionadas con la producción de servicios de salud
- diferencias de esfuerzo del personal
- irregularidad en el patrón de demanda de servicios, por ejemplo, demasiados pacientes a ciertas horas del día o en ciertos días de la semana y muy pocos pacientes en otras horas y otros días
- uso inapropiado de diversas categorías de personal, por ejemplo, prestar con doctores de alto costo servicios que se podrían prestar con enfermeras de bajo costo.

A pesar de que cada uno de estos factores representa diferentes causas subyacentes de variaciones en el nivel de eficiencia, es importante reconocer que cada uno de ellos puede ser afectado por opciones administrativas y de organización. La manera de asignar el personal a establecimientos y actividades puede ser cambiado por las autoridades del sistema de salud y estas decisiones pueden conducir a mayores o menores eficiencias. Lo mismo es válido con respecto a decisiones de organización, tales como supervisión de personal, ubicación del establecimiento, horarios de atención, y tipos de servicios prestados en diversos tipos de establecimiento. Todas estas decisiones pueden ser diferentes en el caso de una organización descentralizada de prestación de servicios de salud.

<sup>23</sup> Es importante insistir que este concepto asume que la calidad del producto se mantiene sin cambio.

## 7.2. Métodos

Las medidas de eficiencia que se utilizan en este estudio se basan en dos conceptos: productividad promedio del personal y tasas de utilización de personal.

### 7.2.1. Productividad promedio del personal

Las medidas de productividad promedio son simplemente el rendimiento total dividido por la cantidad total de insumos que se utilizaron para producirlo. De este modo, por ejemplo, la productividad promedio del personal (PPP) durante un período de un mes puede estimarse de la siguiente manera:

$$PPP = \frac{\text{Numero total pacientes por mes}}{\text{Numero total horas de personal por mes}}$$

**(Ecuación 7.1)**

En la Ecuación 7.1, la productividad promedio del personal (PPP) es una medida de la cantidad promedio de pacientes que reciben tratamiento en el establecimiento por hora de tiempo de personal utilizada. Como en el caso del costo, las medidas de productividad de recursos están relacionadas con la composición de los resultados producidos. Claramente, siendo todas las demás variables iguales, uno esperaría que un establecimiento que proporciona exclusivamente servicios de partos, los cuales tienen un elevado costo por unidad entre los servicios estudiados, tuviera menos productividad de personal observada que un establecimiento que presta solamente servicios de vacunación, los cuales tienen un bajo costo unitario. Como en el caso de costo, el tratamiento de los servicios de guardia merece ser relevante. Un establecimiento con una alta proporción de tiempo de personal dedicado a servicios de guardia tenderá a tener un nivel de eficiencia de personal relativamente bajo. La productividad del personal será calculada usando tanto el número total de horas de personal, y el número total de horas de personal menos las horas dedicadas a la guardia. La primera medida es un indicador del número promedio de pacientes vistos por hora de personal mientras que la segunda medida estima el número promedio de pacientes vistos por hora de personal durante las horas normales de atención del establecimiento.

### 7.2.2. Tasa de utilización de personal por tipo de personal.

Las tasas de utilización de personal son la medida en que se usa tiempo de personal para producir servicios en relación con el “tiempo improductivo” del personal. En cada uno de los servicios básicos de salud, incluso en los “otros” servicios, la duración promedio del contacto con pacientes se determinó utilizando datos obtenidos de los registros de asignación de tiempo. Las tasas de utilización de personal se calcularon para cada tipo de personal.

Se estimó el requerimiento promedio de tiempo para cada tipo de servicio ( $i$ ), para cada tipo de personal ( $j$ ), en cada establecimiento ( $n$ ), tal como se muestra en la Ecuación 7.2.

$$g_{i,j,n} = \text{tiempo promedio en el servicio } i \text{ por personal tipo } j \text{ en establecimiento } n$$

**(Ecuación 7.2)**

Multiplicando el promedio de tiempo que un miembro del personal usado en la prestación de un cierto servicio ( $g_{i,j,n}$ ) por la cantidad total ( $Q$ ) del servicio prestado, obtuvimos la cantidad total de tiempo de personal dedicado a cada tipo de servicio. Esta relación se presenta en la Ecuación 7.3.

$$t_{i,j,n} = g_{i,j,n} Q_{i,j,n}$$

**(Ecuación 7.3)**

Donde,

$t_{i,j,n}$  es la cantidad total de tiempo que el tipo de personal  $j$  usa en prestar el servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$g_{i,j,n}$  es el promedio de tiempo que el tipo de personal  $j$  usa para prestar el servicio  $i$  en el establecimiento  $n$

$Q_{i,j,n}$  es la cantidad total de servicio  $i$  que el tipo de personal  $j$  brinda en el establecimiento  $n$

La cantidad total de tiempo de personal (T) que un tipo específico de personal requiere para producir la combinación completa de servicios en un establecimiento se puede obtener sumando los servicios de la siguiente manera (Ecuación 7.4).

$$T_{j,n} = \sum_{i=1}^I t_{i,j,n} \quad \text{(Ecuación 7.4)}$$

Donde  $T_{j,n}$  representa la cantidad total de tiempo por tipo de personal  $j$  que se requiere para prestar todos los servicios que ese tipo de personal presta en el establecimiento  $n$ .

La tasa de utilización de personal (TUP) es simplemente el tiempo total de personal que se requiere para prestar el conjunto de servicios de un establecimiento dividido por la cantidad total de tiempo del tipo de personal  $j$  que el establecimiento emplea. Esta relación se muestra en la Ecuación 7.5.

$$TUP_{j,n} = \frac{T_{j,n}}{S_{j,n}} \quad \text{(Ecuación 7.5)}$$

Donde,

$TUP_{j,n}$  es la tasa de utilización de personal por tipo de personal  $j$  en el establecimiento  $n$

$T_{j,n}$  es la cantidad total de tiempo del tipo de personal  $j$  que se requiere para prestar todos los servicios que presta ese tipo de personal en el establecimiento  $n$

$S_{j,n}$  es la cantidad total de tiempo de personal por tipo de personal  $j$  que el establecimiento  $n$  emplea

La tasa de utilización de personal por tipo de personal es una buena medida de la eficiencia que

permite comparaciones entre establecimientos y entre municipios. Un valor de 1 para la  $TUP_{j,n}$  indicaría que en un establecimiento  $n$  el tipo de personal  $j$  está utilizando el 100% de su tiempo en contactos con los pacientes. La diferencia  $1 - TUP_{j,n}$  es una estimación de la proporción de “tiempo improductivo” del tipo de personal  $j$ . Tal como se mencionó más arriba, hay una variedad de razones posibles para que ocurra el “tiempo improductivo” y uno no esperaría que el “tiempo improductivo” fuera cero. Como en el caso de la medición de la productividad del personal médico, el tratamiento de las guardias es importante para el cálculo y la interpretación de la tasa de utilización del personal médico. La cantidad total de tiempo de personal utilizado en el cálculo de  $S_{j,n}$  puede ser medida como la cantidad total de horas empleadas en el establecimiento o el monto total empleado durante el horario normal de operación.

### 7.2.3. Tasas de utilización de personal por establecimiento

A pesar de que ello sería posible, no es recomendable sumar las tasas de utilización de personal de los diferentes tipos de personal de un mismo establecimiento para obtener una tasa general de utilización de personal pues ello no tomaría en cuenta las diferencias de costo de los diferentes tipos de personal. Un doctor cuyo tiempo se utiliza relativamente menos de lo normal es más caro que una enfermera cuyo tiempo se utiliza menos de lo normal, porque el sueldo del doctor es mayor.

La medida final de eficiencia de personal que empleamos —la tasa total de utilización de personal— es la proporción costo total de trabajo a costo directo total de trabajo. El costo directo total de trabajo se define como el costo directo del contacto con el paciente sin tener en cuenta el “tiempo improductivo”. De esta manera el costo directo total (CDT) de todos los servicios prestados en un establecimiento durante un período de tiempo especificado se puede representar de la siguiente manera,

$$CDT_n = \sum_{i=1}^I \sum_{j=1}^J w_{j,n} g_{i,j,n} Q_{i,j,n} \quad \text{(Ecuación 7.6)}$$

Donde,

$CDT_n$  son los costos directos totales de todos los servicios prestados en el establecimiento  $n$

$W_{j,n}$  es el sueldo por hora por tipo de personal  $j$  en el establecimiento  $n$

$g_{i,j,n}$  es el tiempo promedio que el tipo de personal  $j$  invierte en prestar servicios en el establecimiento  $n$

$Q_{i,j,n}$  es la cantidad total de servicio  $i$  que el tipo de personal  $j$  presta en el establecimiento  $n$

La tasa total de utilización de personal (TUP) por cada establecimiento es, por lo tanto, la siguiente:

$$TUP_n = \frac{CDT_n}{TSC_n} \quad \text{(Ecuación 7.7)}$$

Donde,

$TSC_n$  es el costo total de personal médico en el establecimiento  $n$ , y se define de la siguiente manera<sup>24</sup>:

$$TSC_n = \sum_{j=1}^J W_{j,n} \text{Horas}_{j,n}$$

El costo total de personal puede ser calculado como el costo total del establecimiento o como el costo total del personal durante las horas normales de operación.

#### 7.2.4. Tasas de utilización de camas

Las tasas de utilización de camas se calculó para cada establecimiento que brinda servicio de hospitalización dividiendo el número total de días-paciente usados por el número total de días-cama del establecimiento (el cual es el producto de multiplicar el número de camas por el número de días en el mes).

<sup>24</sup> Ver ecuación 6.6 en la sección 6.

## 7.3. Resultados de línea de base

### 7.3.1. Productividad promedio del personal

La productividad promedio del personal da una medida de la cantidad de pacientes que el personal atiende como promedio en un período de una hora. Tal como se indicó más arriba, no es una medida especialmente buena de la eficiencia del personal porque no toma en cuenta el hecho de que los pacientes que solicitan diferentes servicios imponen requerimientos de tiempo muy diferentes en el personal. También debe destacarse que la medida de la productividad promedio del personal no es una medida directa del tiempo que el profesional pasa con un paciente. Sin embargo, esta medida da una buena vista general descriptiva de los contactos entre el personal y los pacientes. Las medidas de productividad promedio del personal se calcularon para cada uno de los tres tipos de personal médico básico (doctores, enfermeras y enfermeras auxiliares). Los resultados se muestran en la figura 7.1. El Panel A de la figura muestra la productividad del personal cuando el tiempo de personal dedicado a guardias se incluye en el total de horas del personal. Esto da una medida del número promedio de pacientes visto por hora basado en el número total de horas de personal médico empleado en el centro. El Panel B de la figura muestra la productividad del personal en referencia a las horas de personal empleadas en el establecimiento durante su horario normal de funcionamiento (horas totales menos horas de personal en guardia).

En toda la muestra, los doctores atendieron a un promedio de 4.25 pacientes por hora que trabajaron en el establecimiento. Las enfermeras atendieron a 2.2 pacientes por hora y las enfermeras auxiliares, a 3.6 pacientes por hora.

Estas cifras aumentan a 5.4 , 3.0 y 4.4 pacientes por hora de personal respectivamente cuando las guardias son removidas de las estimaciones.

En general, no parece haber grandes diferencias en el número de pacientes por hora que atiende cada tipo de personal en los diferentes tipos de establecimiento, con la excepción de las enfermeras auxiliares de los hospitales y los doctores en centros de salud. Un estudio de las estadísticas de producción muestra que las enfermeras auxiliares

de los hospitales ponen una gran cantidad de vacunas (que tienen un requerimiento de tiempo bajo por paciente) y que atienden a una gran cantidad de pacientes que solicitan “otros” servicios.

En esta misma figura, los niveles de productividad promedio del personal se muestran por departamento. Hay una variación considerable de un departamento a otro. La productividad promedio del personal de Central se parece mucho a los promedios de la muestra completa, lo cual no es sorprendente dado que la mayoría de los establecimientos, horas de personal, y citas médicas de pacientes se dan en Central. Cordillera muestra una elevada productividad de médicos, pero una muy baja productividad de enfermeras y enfermeras auxiliares. Misiones también muestra un patrón de productividad irregular; las enfermeras

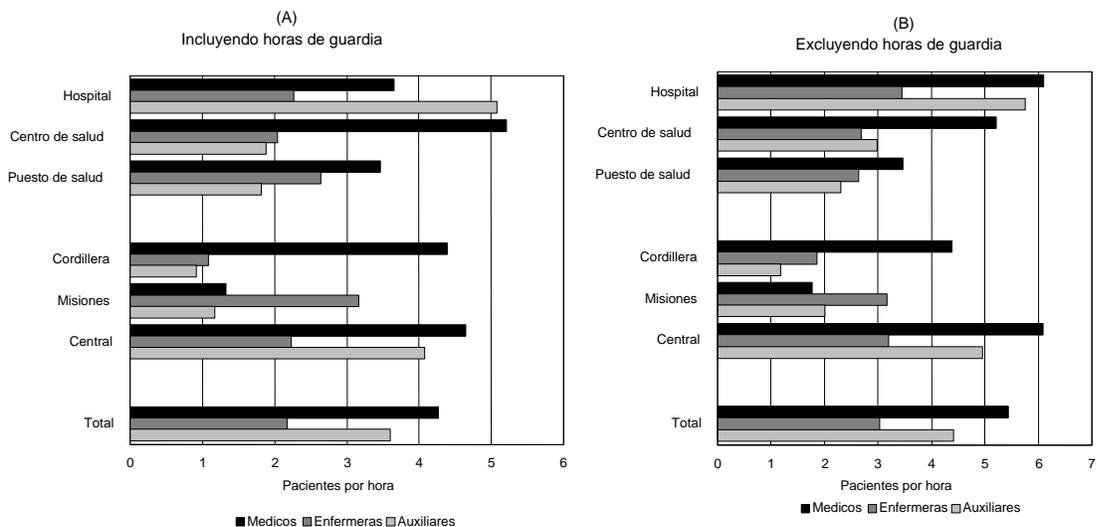
atienden a una gran cantidad de pacientes por hora pero los médicos y enfermeras auxiliares atienden a menos pacientes.

### 7.3.2. Tasas de utilización de personal

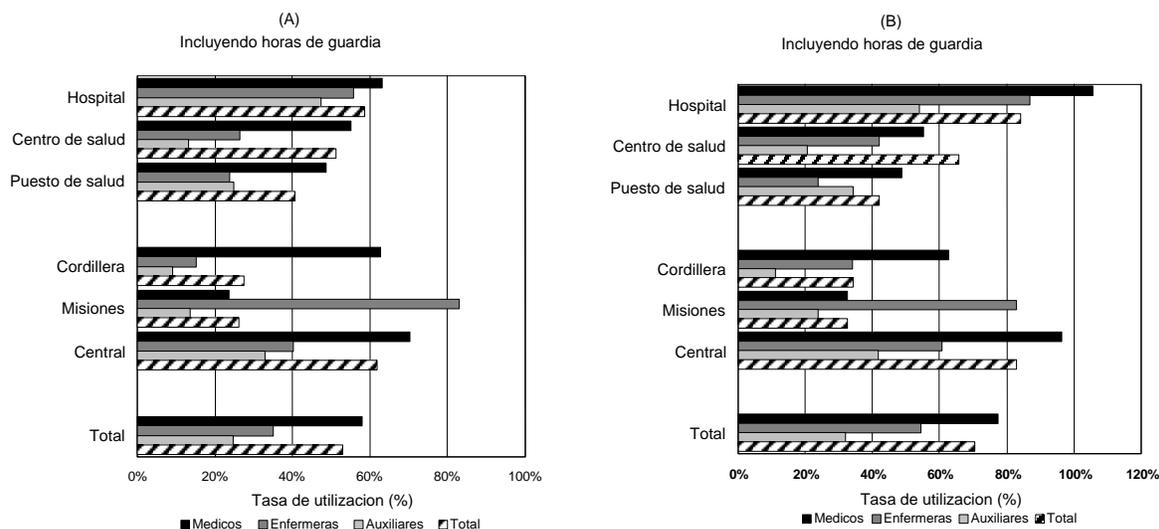
Las tasas de utilización de personal total y específicas se calcularon por establecimiento y se presentan por cada tipo de establecimiento y por departamento en la figura 7.2. Panel A muestra los resultados cuando las horas de guardia son incluidas en los cálculos y el panel B muestra los resultados cuando las guardias no son consideradas en el cálculo. Un cuadro completo de las tasas de utilización de personal por departamento y tipo de establecimiento aparece en el anexo D.

Es importante tener en cuenta la interpretación de las tasas de utilización de personal. Una manera útil de pensar en ellas es la siguiente: son la

**Figura 7.1**  
**Productividad del personal médico:**  
**Número promedio de pacientes atendidos por hora del personal**  
**médico, según la categoría del personal y departamento**



**Figura 7.2**  
**Tasa de utilización del personal médico,**  
**según la categoría del personal y departamento**



proporción de la cantidad total que se le habría pagado al personal si se le hubiera pagado solamente por las horas de contacto con pacientes<sup>25</sup> en relación a la cantidad total que se le pagó en realidad al personal. El segundo aspecto que se debe tener en mente es que aunque el 100% representaría, en teoría, una eficiencia perfecta, en el mundo real, las tasas son menores por todas las razones descritas en la sección 7.1<sup>26</sup>. De hecho, la tasa de utilización total de personal de 53% (73%

<sup>25</sup> En el caso de las enfermeras auxiliares en establecimientos donde no había personal administrativo, el tiempo de registro es añadido al tiempo de contacto con clientes de las enfermeras auxiliares.

<sup>26</sup> Debe notarse que las tasas de utilización del personal pueden ser estimadas como mayores al 100%. Esto ocurre si el tiempo realmente usado con cada paciente es menor que el “tiempo requerido” por consulta. Esto puede ocurrir si el tiempo reportado en las hojas de tiempo sobreestima el tiempo realmente usado con los pacientes. Las tasas de utilización calculadas excluyendo las horas de guardia también pueden exceder 100% debido a que algunos de los pacientes pueden ser vistos fuera de las horas regulares de operación del establecimiento. Una combinación de estos factores explica las tasas de utilización de doctores calculadas como mayores de 100%.

con horas de guardia excluidas) es relativamente buena cuando se compara con las tasas de utilización de personal de planificación familiar en las Filipinas y África Occidental, que son países en los cuales se han aplicado métodos similares.

Las tasas de utilización de personal médico muestran un patrón muy similar a las medidas de productividad de personal. A excepción de Misiones, la tasa de utilización de tiempo de los doctores es relativamente alta y no varía en gran medida de un tipo de establecimiento o de un departamento a otro. Otros tipos de personal, que se utilizan con una eficiencia aproximadamente igual en hospitales, muestran tasas de utilización mucho menores en centros de salud y puestos de salud. La única excepción a esta generalización es la tasa de utilización de enfermeras en Misiones. Es interesante destacar que las tasas de utilización total de personal por establecimiento en el grupo que se está descentralizando es casi idéntica a la de los establecimientos que no se están descentralizando; 53% y 52% respectivamente.

Las tasas correspondientes cuando las guardias no son consideradas son 72% y 74%. Las tasas de

**Cuadro 7.1****Tasa promedio de uso de camas, según departamento y tipo de establecimiento (ponderado por número de camas)**

Establecimiento (número de establecimientos)	Departamento			
	Cordillera	Misiones	Central	Total
Hospital	.	42.6% (n=1)	24.7% (n=3)	29.5% (n=4)
Centro de salud	9.5% (n=6)	15.4% (n=3)	18.7% (n=8)	15.7% (n=17)
Puesto de salud	1.7% (n=1)	0.0% (n=4)	3.6% (n=4))	2.4% (n=9)
Total	8.9% (n=7)	27.0% (n=8)	20.2% (n=15)	20.2% (n=30)

utilización de personal para el grupo descentralizado y el grupo de control, así como otros cuadros complementarios se presentan en el Anexo D.

Hay una relación de importancia crucial entre las tasas de utilización de personal y el costo. Mientras menor sea la tasa de utilización de personal, más alto será el costo promedio de la prestación de servicio. Como se ha indicado previamente, la variación en las tasas de utilización de personal puede ser el resultado de decisiones administrativas sobre ubicación del personal en los establecimientos y sobre incentivos y supervisión. El sistema de salud actual muestra una amplia variación en las tasas de utilización de personal en establecimientos, tipos de personal, y ubicaciones. Quizás lo más importante sobre el objetivo de eficiencia de la descentralización será si produce o no una utilización más eficiente de los recursos de personal.

La provisión de servicios de guardia también tiene un impacto significativo en los costos y en la utilización del personal médico. Servicios de guardia son ofrecidos en 18 de los 47 centros en la muestra (todos los hospitales, 75% de los centros de salud, y sólo en uno de los puestos de salud). En toda la muestra, el personal médico de guardia representa el 20% del total de los costos de personal médico. Este porcentaje varía muy poco por departamento: 21% en Central y 19% en Misiones y Cordillera. En la muestra total, 17% de las horas de médicos, 31% de las horas de

enfermeras y 20% de las horas de auxiliares son dedicadas a la provisión de servicios de guardia.

### 7.3.3. Tasa de utilización de camas

Treinta de los 47 establecimientos públicos de la muestra tienen camas y brindan servicios de hospitalización. Todos los hospitales y centros de salud brindan hospitalización. Aproximadamente un tercio de los puestos de salud disponen de camas. El número de camas promedio es 20 por hospital, 5.7 por centro de salud, y 2 por puesto de salud. Pacientes de maternidad usan la mayoría (69%) de días-cama, seguidos por pacientes de pediatría (18%), y otros casos médicos (13%).

El Cuadro 7.1 presenta la utilización promedio por tipo de centro y departamento. Los promedios son ponderados o ajustados por el número de camas en cada centro. En general, la tasa de utilización es baja con un promedio de utilización de una cama por cada 5 disponibles. La más alta tasa de utilización la muestran los hospitales (29.5%) y la más baja los puestos de salud (2.4%). Por departamento, la tasa de utilización en los hospitales es mayor en Misiones (42.6%) que en Central (24.7%), y la tasa de utilización en los Centros de Salud es mayor en Central (18.7%) que en Misiones (15.4%) o Cordillera (9.5%).

#### 7.3.4. *Recuperación de Costos*

Aunque no es una medida de eficiencia, la recuperación de costos por establecimiento es un indicador importante. La fijación de aranceles podría limitar el acceso a los servicios pero estos también pueden ser utilizadas como un incentivo para mejorar los servicios y como una fuente adicional de recursos, lo que disminuiría la presión sobre los recursos públicos para financiar los gastos del establecimiento. Como se mostró en la sección 5 de este reporte, la mayoría de los establecimientos utilizan aranceles por los servicios ofrecidos. Una excepción son los servicios de inmunizaciones, donde en la mayoría de establecimientos se ofrecen gratis. Sin embargo, en la mayoría de los centros públicos, los aranceles no son cobrados a todos los pacientes. El Cuadro 7.2 muestra, para la totalidad de la muestra, la proporción de pacientes que no se les cobran los aranceles para un determinado grupo de servicios.

La tasa de recuperación de costos fue estimada tomando los precios nominales de los servicios y multiplicando dichos precios por el porcentaje de pacientes que pagaron por los servicios y luego dividiendo por el promedio de costos recurrentes de proveer el servicio en referencia. Los cálculos para la estimación de los costos promedio recurrentes se presentó en la sección anterior. Una tasa de recuperación de costo igual a uno implicaría que la totalidad de los costos recurrentes fueron recuperados por los ingresos de los establecimientos. El Cuadro 7.3 reporta la tasa de recuperación de costos para determinados servicios y departamentos. Para la totalidad de la muestra, la mayor tasa de recuperación de costos la reflejan los servicios de partos donde cerca de dos tercios de los costos recurrentes son recuperados con ingresos por aranceles. Para el resto de los servicios, los aranceles cubren menos de una tercera parte de los costos recurrentes de proveer los servicios.

**Cuadro 7.2**

**Proporción de pacientes que no pagó aranceles, según servicio médico**

<b>Servicio</b>	<b>Proporción que no pagó</b>	<b>Número de establecimientos</b>
Crecimiento y desarrollo	.66	19
Control Prenatal	.21	42
Control Posnatal	.74	24
Diarrea	.51	28
IRA	.42	43
Vacuna Polio	1.00	11
Vacuna DPT	1.00	10
Vacuna BCG	1.00	10
Vacuna Antitetánica	.97	10
Parto normal	.33	21
Parto complicado	.21	5
Prueba de Pap	.55	25
PF: Píldoras	.30	41
PF: DIU	.38	26
PF: Condones	.36	33

**Cuadro 7.3**  
**Tasa de recuperación de costo recurrente, según servicio médico y departamento**  
**(ponderado por el costo total del servicio)**

Servicio	Cordillera		Misiones		Central		Total	
	Tasa de recuperación de costo	Número de Establecimientos	Tasa de recuperación de costo	Número de Establecimientos	Tasa de recuperación de costo	Número de Establecimientos	Tasa de recuperación de costo	Número de Establecimientos
Crecimiento y desarrollo	0.16	5	0.03	8	0.11	6	0.08	19
Control Prenatal	0.34	10	0.13	7	0.29	25	0.29	42
Control Posnatal	0.37	6	0.04	4	0.07	14	0.08	24
Diarrea	0.38	4	0.11	4	0.25	20	0.23	28
IRA	0.35	10	0.09	9	0.22	24	0.22	43
Vacuna Polio	0.00	1	0.00	3	0.00	7	0.00	11
Vacuna DPT	0.00	1	0.00	3	0.00	6	0.00	10
Vacuna BCG	0.00	1	0.00	3	0.00	6	0.00	10
Vacuna Antitetánica	0.00	1	0.00	3	0.08	6	0.06	10
Parto normal		0	0.19	2	0.79	3	0.66	5
Parto complicado	0.48	4	0.01	5	0.13	16	0.14	25
Prueba de Pap	0.29	9	0.21	9	0.34	23	0.30	41
PF: Píldoras	0.48	5	0.15	4	0.23	16	0.25	25
PF: DIU	0.26	6	0.14	8	0.24	18	0.21	32
PF: Condones	0.41	4	0.13	2	0.35	9	0.33	15



## 8. Resultados: Encuesta de salida de clientes y calidad desde la perspectiva de los clientes

Este capítulo presenta los resultados de la encuesta de salida de clientes. Esta información fue recolectada por medio del cuestionario de salida de clientes que se muestra en el Anexo E, y al cual respondieron un total de 1,261 clientes de establecimientos públicos y privados ubicados en los municipios del grupo de estudio principal. La información de las entrevistas de salida de clientes es de gran utilidad cuando se consideran indicadores de calidad tanto objetivos como subjetivos. La mayoría de las preguntas de la encuesta se referían a la descripción y evaluación por parte del cliente de aspectos del servicio directamente relacionados con la calidad del establecimiento; por ejemplo, espera y duración de la consulta. La información e indicadores presentados en este capítulo muestran la perspectiva del cliente, lo cual puede complementar los hallazgos del inventario de establecimiento en cuanto a establecer mejores datos de línea de base para las comparaciones de la calidad del servicio antes y después de la descentralización.

En términos de la muestra, de los 1,261 clientes encuestados, 1,151 eran clientes de 49 establecimientos públicos y 110 eran de establecimientos privados. La muestra de encuesta fue diseñada para obtener una muestra representativa de

clientes de establecimientos públicos. Con ese propósito, el número de clientes encuestados por establecimiento se fijó en una cantidad proporcional al promedio diario de clientes que iban al establecimiento. La información sobre la carga de clientes de los establecimientos públicos se obtuvo en los registros mensuales de volumen de clientes enviados al MSPBS. Además, como no todos los servicios se ofrecían todos los días de la semana –por ejemplo, las vacunas BCG se ofrecían solamente los días martes en algunos establecimientos– se administraron encuestas en un período de dos días consecutivos para asegurar que se incluían clientes de una gama amplia de servicios. También se hicieron encuestas en algunos establecimientos privados con el fin de obtener resultados que se pudieran comparar con los resultados obtenidos de parte de los clientes de establecimientos públicos. El Cuadro 8.1 presenta información sobre la distribución de clientes de los sectores público y privado por departamento y tipo de establecimiento. Quince por ciento de las observaciones se obtuvieron en Cordillera, 70% en Central y 15% en Misiones.

**Cuadro 8.1**  
**Distribución de clientes. Por establecimiento y departamento**

Establecimiento y sector	Cordillera	Misiones	Central	Total
Establecimientos públicos				
Hospital regional	0	59	0	59
Hospital distrital	0	0	254	254
Centros de salud	145	57	302	504
Puestos de salud	40	61	233	334
Total de clientes:				
- en establecimientos públicos	185	177	789	1151
- en establecimientos privados	10	10	90	110
Número total de clientes	195	187	879	1261

Esta sección se divide en dos partes. La primera parte contiene una descripción de las características sociales y demográficas de los clientes de establecimientos públicos y sus percepciones sobre la calidad del servicio de salud medidas mediante una serie de indicadores. Los resultados se presentan por departamento y por tipo de establecimiento. En la segunda sección se analizan estas mismas características y percepciones de los clientes de establecimientos privados y se comparan con los resultados de estos mismos indicadores en clientes del sector público.

### **8.1. Características de los clientes de establecimientos públicos**

El Cuadro 8.2 presenta las características sociales y demográficas de clientes que fueron a los establecimientos públicos de la muestra. Esta información suministra un perfil del cliente típico de los establecimientos públicos. Los clientes de establecimientos públicos eran predominantemente mujeres (89%), con una edad promedio de 32 años, casadas o cohabitantes (74%), y con dos o tres niños. Dos de cada tres (66%) clientes habían alcanzado solamente el nivel de educación primaria, lo cual se reflejaba en los niveles generalmente bajos de ingreso familiar (678,592 Guaraníes al mes o US\$241). Además, sólo el 39% de los clientes había tenido trabajo o había estado buscando trabajo durante la semana anterior a la encuesta, y 91% no tenía seguro de salud (seguro social o seguro privado).

Por departamento, los clientes de Central eran más jóvenes, 56.5% eran menores de 30 años, en tanto que en Misiones y Cordillera los porcentajes eran muy similares, aproximadamente 40%. El nivel más elevado de educación se encontraba en Central, en donde un tercio de los clientes declaró haber completado la educación secundaria. En Central, sólo el 2.4% de los clientes declararon no haber ido nunca a la escuela, en tanto que en Cordillera y en Misiones la proporción de clientes que declaró nunca haber ido a la escuela era del 8.6% y 11.3% respectivamente. Como es de esperarse, los clientes de Central también tenían el

ingreso promedio más alto (743,135 Guaraníes o US\$263.99) y una mayor proporción de ellos tenía seguro de salud (10.8%), lo cual refleja el carácter urbano de este departamento.

### **8.2. Indicadores básicos de calidad en establecimientos públicos**

De acuerdo con los resultados de la encuesta, las razones principales para ir al médico eran la consulta médica general (20.1%), la consulta pediátrica (18.9%) y las vacunas para los niños (12.6%). Se pidió a clientes de todos los tipos de cita médica que comentaran sobre las características generales del establecimiento y sobre su cita y consulta médica. Entre otras cosas se les preguntó acerca de lo siguiente: conveniencia de las horas de atención, espera para los diferentes servicios y satisfacción general con los servicios recibidos. Es probable que muchas de las respuestas más subjetivas fueran afectadas por una tendencia a la cortesía (sesgo de cortesía), pero intentamos minimizar esta tendencia por medio de preguntas sobre aspectos específicos del establecimiento y de la cita médica. También en esta sección, y en las comparaciones entre lo público y lo privado que se presentan más adelante en el capítulo, consideramos que los niveles relativos de estas variables son comparables.

#### **8.2.1. Conveniencia de las horas de atención**

En los tres departamentos, los clientes manifestaron un alto nivel de satisfacción con las horas de atención de los establecimientos de salud públicos. Como se muestra en el Cuadro 8.3, más de 90% de los clientes de cada departamento declaró que las horas de atención eran convenientes. El nivel más alto de satisfacción con las horas de atención se encontró en Cordillera en donde el 97% de los clientes declaró que las horas de atención eran convenientes. El nivel más bajo de satisfacción se encontró en Central, aunque la proporción de clientes satisfechos era, aun así, muy elevada, 91.9%.

**Cuadro 8.2**  
**Características sociodemográficas de los clientes. Por departamento.**  
**Establecimientos públicos**

Característica	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
<b>Edad</b>				
10-19	17.9%	14.8%	17.7%	17.3%
20-29	31.0%	27.3%	38.8%	35.8%
30-39	21.2%	31.3%	26.6%	26.5%
40-49	15.2%	9.1%	9.4%	10.3%
50-59	7.1%	6.8%	3.4%	4.5%
>60	7.6%	10.8%	4.1%	5.7%
<b>Sexo</b>				
Hombres	13.0%	13.6%	9.6%	10.8%
Mujeres	87.0%	86.4%	90.4%	89.2%
<b>Educación</b>				
Ninguna	8.7%	11.3%	2.4%	4.8%
Primaria	77.3%	71.8%	62.2%	66.1%
Secundaria	14.1%	15.3%	32.8%	27.1%
Superior	0.0%	1.7%	2.5%	2.0%
<b>Estado civil</b>				
Soltero	22.2%	26.0%	23.6%	23.7%
Casado	41.6%	34.5%	42.0%	40.8%
Cohabitante	34.6%	32.2%	33.2%	33.3%
Separado	1.1%	1.7%	0.3%	0.6%
Viudo	0.5%	5.7%	1.0%	1.7%
<b>Número de niños</b>				
Media	3.1	3.0	2.3	2.6
Mediana	2.0	2.0	2.0	2.0
Desviación estándar	3.0	2.8	2.1	2.4
Coefficiente de variación	1.0	0.9	0.9	0.9
<b>Empleo</b>				
Empleado	35.7%	38.4%	38.2%	37.8%
En busca de empleo	2.2%	0.0%	1.4%	1.3%
Estudiante	3.8%	2.3%	3.8%	3.6%
Trabajo doméstico	58.4%	55.4%	55.6%	56.0%
Otro tipo de empleo	0.0%	4.0%	1.0%	1.3%
<b>Ingreso mensual</b>				
Media	573045.2	408037.4	743134.5	678591.7
Mediana	450000.0	380000.0	600000.0	600000.0
Desviación estándar	405263.6	217711.9	489428.2	467775.6
Coefficiente de variación	0.7	0.5	0.7	0.7
<b>Seguro de salud</b>				
Seguro privado	1.6%	0.6%	1.3%	1.2%
Pago por adelantado	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Seguro social	3.2%	2.3%	9.5%	7.4%
Ninguno	95.1%	97.2%	89.2%	91.4%

---

**Cuadro 8.3****Conveniencia de las horas de atención del establecimiento. Por tipo de establecimiento y departamento. Establecimientos públicos**

<b>Indicador</b>	<b>Cordillera (n=185)</b>	<b>Misiones (n=177)</b>	<b>Central (n=789)</b>	<b>Total (n=1151)</b>
Porcentaje de clientes que declararon que las horas de atención del establecimiento eran convenientes				
Por tipo de establecimiento				
Hospital regional	NA	98.3	NA	98.3
Hospital distrital	NA	NA	93.3	93.3
Centros de salud	96.6	89.5	92.7	93.4
Puestos de salud	100.0	100.0	89.3	92.5
<b>TOTAL</b>	<b>97.3</b>	<b>96.1</b>	<b>91.9</b>	<b>93.4</b>

---

El cuadro 8.3 también presenta los niveles de satisfacción por tipo de establecimiento. En todos los tipos de establecimiento, la satisfacción con las horas de atención fue elevada, más de 89%. Interesantemente, todos los clientes entrevistados (100%) en los puestos de salud de Cordillera y Misiones declararon estar satisfechos con las horas de atención del establecimiento. Este nivel de aceptación disminuyó a 89% en los puestos de salud en Central. En general, se consideró que los horarios de los centros de salud eran ligeramente menos satisfactorios que los de los puestos de salud, a pesar de que en ningún caso pareció que las horas de atención fueran una gran causa de insatisfacción o un impedimento para la obtención de servicios médicos. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con precaución porque, debido a la manera en que estaba diseñada, la encuesta de clientes no obtuvo información sobre las personas que no vinieron al establecimiento porque las horas de atención no eran convenientes.

### 8.2.2. *Tiempo de espera*

Cuando se intenta obtener atención médica, el costo total que debe pagar un cliente no es sólo el costo monetario de la cita médica, especialmente en los establecimientos subsidiados públicamente. De igual importancia son los costos de transporte y el costo de oportunidad del tiempo que se pierde en ir al establecimiento y esperar a ser atendido. Desde el punto de vista de las opciones de políticas para lograr la reducción de los costos

totales para las personas, los factores relacionados con el tiempo se deben tomar en cuenta. Reducir el tiempo de espera es una opción viable y un factor importante en la reducción de los costos totales en que los clientes incurren al obtener atención médica.

**Duración.** El cuadro 8.4 presenta la media y la mediana del tiempo de espera por departamento y por tipo de establecimiento. Dado que en algunos establecimientos la espera tendía a ser muy larga, la distribución está un poco sesgada hacia esperas mayores. En general, la media de la espera por consulta fue de 56.8 minutos y la mediana fue de 35 minutos. Las más bajas media y mediana de espera (44.7 y 30 minutos, respectivamente) se encontraron en Misiones. En Central, los valores de espera fueron más elevados, media de 61 minutos y mediana de 40 minutos. Nótese también los relativamente elevados coeficientes de variación entre departamentos, lo cual indica una dispersión de esperas bastante grande.

La Figura 8.1 presenta la distribución de clientes por duración de la espera. Más del 50% de los clientes esperaron 30 minutos o más para ser atendidos, aproximadamente 30% esperaron por lo menos una hora y 20% esperaron más de 90 minutos para su consulta. La Figura 8.2 presenta esta distribución por departamento. En comparación con Cordillera y Misiones, los clientes de los establecimientos públicos de Central esperaron más para recibir atención médica. En Central,

**Cuadro 8.4**  
**Tiempo de espera. Por establecimiento y departamento (en minutos).**  
**Establecimientos públicos**

Tipo de establecimiento	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
<b>Total</b>				
Media	50.4	44.7	61.0	56.8
Mediana	35.0	30.0	40.0	35.0
Desviación estándar	44.2	38.7	56.7	52.8
Coefficiente de variación	0.9	0.9	0.9	0.9
<b>Hospital regional</b>				
Media	NA	45.5	NA	45.5
Mediana	NA	40.0	NA	40.0
Desviación estándar	NA	32.6	NA	32.6
Coefficiente de variación	NA	0.7	NA	0.7
<b>Hospital distrital</b>				
Media	NA	NA	74.4	74.4
Mediana	NA	NA	60.0	60.0
Desviación estándar	NA	NA	67.2	67.2
Coefficiente de variación	NA	NA	0.9	0.9
<b>Centro de salud</b>				
Media	53.1	50.5	67.2	61.3
Mediana	40.0	30.0	60.0	45.0
Desviación estándar	46.0	52.5	54.8	52.5
Coefficiente de variación	0.9	1.0	0.8	0.9
<b>Puesto de salud</b>				
Media	40.4	38.4	38.4	38.6
Mediana	30.0	30.0	30.0	30.0
Desviación estándar	35.6	27.0	36.5	34.8
Coefficiente de variación	0.9	0.7	1.0	0.9

32% de los clientes esperaron más de una hora para ser atendidos, en comparación con 27% en Cordillera y 17% en Misiones.

Por tipo de establecimiento (Cuadro 8.4) la espera varió considerablemente. Se observa que el tiempo de espera promedio más elevado se dio entre los clientes que fueron a hospitales distritales (74.4 minutos), en tanto que los clientes que fueron a puestos de salud tuvieron que esperar, en promedio, la menor cantidad de tiempo (sólo 38.6 minutos). Los clientes que fueron a hospitales regionales esperaron un promedio de 45.5 minutos para ser atendidos. Los sesgos de las diferentes distribuciones parecen ser similares entre sí; la mayoría de las medianas son entre 15 y 20 minutos menos que las medias correspondientes.

La espera promedio en los centros de salud de Central fue 20% mayor que la espera promedio para los clientes de los centros de salud en Cordillera y Misiones. La espera promedio de los clientes de puestos de salud fue similar en los tres departamentos. En todos los centros de salud de todos los departamentos hubo una media y una mediana de espera mayor que en los puestos de salud.

Los cuadros 8.5 y 8.6 presentan un mayor desglose de las medias y medianas de espera por tipo de servicio. Como se muestra en ambos cuadros, la media y la mediana de la espera de los clientes que recibieron servicios dentales, posnatales y pediátricos fueron las más elevadas, en tanto que la media y la mediana de la espera para los que iban a obtener vacunas fueron las más bajas. En Central, las medias y medianas de espera para la

**Cuadro 8.5****Mediana del tiempo de espera. Por tipo de servicio de salud y departamento (en minutos). Establecimientos públicos**

<b>Servicio de salud</b>	<b>Cordillera (n=185)</b>	<b>Misiones (n=177)</b>	<b>Central (n=789)</b>	<b>Total (n=1151)</b>
Prenatal	58	61	66	63
Vacuna antitetánica	NA	13	37	34
Médico general	71	52	68	61
Planificación familiar	40	32	59	49
Ginecología	47	46	78	64
Posnatal	90	60	70	72
Supervisión del crecimiento y desarrollo	45	NA	NA	45
Pediatría	57	54	79	69
Tratamiento de la diarrea	15	33	73	45
Tratamiento de las IRA	13	45	45	37
Vacunas	32	18	21	22
Dental	40	55	89	76
Otros	29	26	45	36

**Cuadro 8.6****Mediana del tiempo de espera. Por tipo de servicio de salud y departamento (en minutos). Establecimientos públicos**

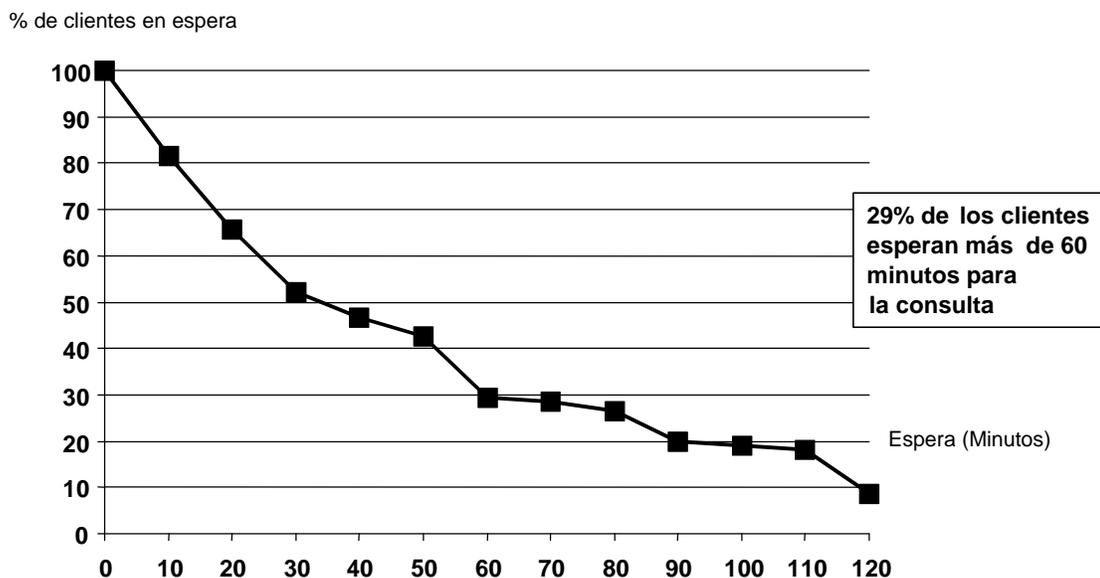
<b>Servicio de salud</b>	<b>Cordillera (n=185)</b>	<b>Misiones (n=177)</b>	<b>Central (n=789)</b>	<b>Total (n=1151)</b>
Prenatal	60	53	60	60
Vacuna antitetánica	NA	13	20	20
Médico general	60	38	60	45
Planificación familiar	30	30	45	30
Ginecología	45	58	75	50
Posnatal	90	60	90	90
Supervisión del crecimiento y desarrollo	45	NA	NA	45
Pediatría	50	45	60	60
Tratamiento de la diarrea	15	20	40	20
Tratamiento de las IRA	15	45	30	20
Vacunas	30	15	10	15
Dental	40	40	80	60
Otros	20	30	26.5	20

mayoría de los servicios fueron las más elevadas. En Cordillera el promedio de espera más elevado se dió en las consultas prenatales, posnatales, y médicas generales. En Misiones las consultas prenatales, dentales y posnatales requirieron las mayores esperas. En Central, la mayor espera se produjo en las citas médicas dentales, seguidas de las citas pediátricas y las citas ginecológicas. La diferencia más significativa entre los departamentos se produjo probablemente en la espera para la atención de problemas de diarrea. Según lo

declarado por los clientes, en Central la media fue de 73 minutos y la mediana fue de 40 minutos. La espera para los clientes de Misiones presentó una media de sólo 33 minutos y una mediana de sólo 20 minutos, y para los clientes de Cordillera, tanto la media como la mediana de la espera fueron de sólo 15 minutos.

*Satisfacción de los clientes con el tiempo de espera.* Dado que la espera típica para una consulta es larga –un promedio de 56.8 minutos y

**Figura 8.1**  
**Tiempo de Espera en establecimientos públicos**  
**(Porcentaje acumulativo de clientes en espera)**



una mediana de 35 minutos– una elevada proporción de clientes reportaron insatisfacción con la duración de la espera. Como se muestra en el Cuadro 8.7, en general el 31% de los clientes consideraron que la espera era inaceptable, y el nivel de desaprobación fue alto en los tres departamentos. El menor porcentaje de desaprobación se observó entre los clientes de Cordillera, sólo 25% de ellos declararon que el tiempo de espera era inaceptable. En Misiones y Central, 32% de los clientes en cada departamento declaró que estaba insatisfecho con la espera.

Por establecimiento (Cuadro 8.7), el porcentaje más alto de clientes insatisfechos con el tiempo de espera se encontró en el único hospital regional de la muestra (36%) y en los hospitales distritales (37%). En general, los clientes que fueron a los puestos de salud manifestaron el menor nivel de insatisfacción con la espera (28%), pero este resultado fue afectado por los niveles de insatisfacción en los centros de salud (altos) y los niveles de insatisfacción en los puestos de salud (bajos) de Central. En los otros dos departamentos, los clientes que fueron a los centros de salud se sintieron significativamente menos insatisfe-

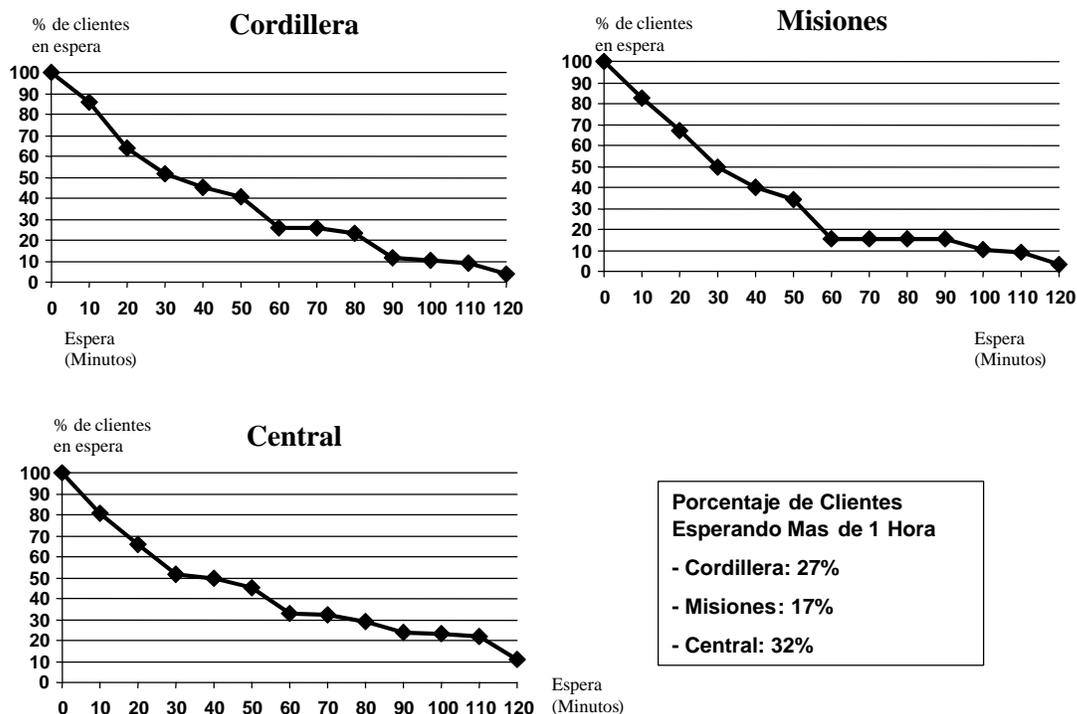
chos con la espera que los clientes que fueron a los puestos de salud.

Como se muestra en el Cuadro 8.8, los clientes que obtuvieron servicios dentales, posnatales, y de infecciones respiratorias agudas (IRA) manifestaron los más altos niveles de insatisfacción con la espera. Como era de esperarse, hay una clara correlación entre la mayor espera para estos servicios y los menores niveles de satisfacción con su duración.

### 8.2.3. Consultas médicas

Además del tiempo de espera, la encuesta de clientes nos permite analizar las percepciones de los clientes sobre otras dimensiones de la calidad de la consulta, entre las cuales se encuentran las siguientes: duración y resultado de la consulta, deseo de volver al mismo establecimiento para obtener servicios de salud, nivel de privacidad y calidad del intercambio de información, y disponibilidad de medicinas para tratar los problemas de salud de los clientes.

**Figura 8.2**  
**Tiempo de espera en establecimientos públicos por departamento**  
**(Porcentaje acumulativo de clientes en espera)**



**Duración.** Además de la espera, la duración de la consulta es otra inversión de tiempo que tiene costo de oportunidad para los clientes. En principio, el tiempo real que dura la consulta no tiene que ser corto o largo en sí, sino simplemente la duración de la consulta depende del tratamiento que se solicita. Sin embargo, el poco tiempo que se invierte en la prestación de algunos servicios, según se revela en nuestra encuesta, puede ser una fuente de preocupación. En tanto que los clientes pasaban un promedio de 45 a 60 minutos esperando a ser atendidos, el tiempo que duraba la consulta estaba entre 9 y 11 minutos como promedio (ver Cuadro 8.9). No hubo variación en la mediana de la duración de la consulta por tipo de establecimiento o departamento, la cual se estima en 10 minutos. Como se muestra en la

figura 8.3, 72% de los clientes dicen que pasan 10 minutos o menos en la consulta.

La duración de la consulta es muy similar en los tres departamentos y en todos los tipos de establecimiento. Para la muestra completa, el coeficiente de variación fue de 0.60, lo cual indica una distribución concentrada alrededor del promedio. La poca variación del tiempo de consulta puede indicar que la complejidad de los casos por tipo de consulta es bastante similar en los diferentes tipos de establecimientos y en los tres departamentos. En términos simples, no parece que en ninguno de los departamentos un tipo de establecimiento en particular esté atrayendo los casos más complicados.

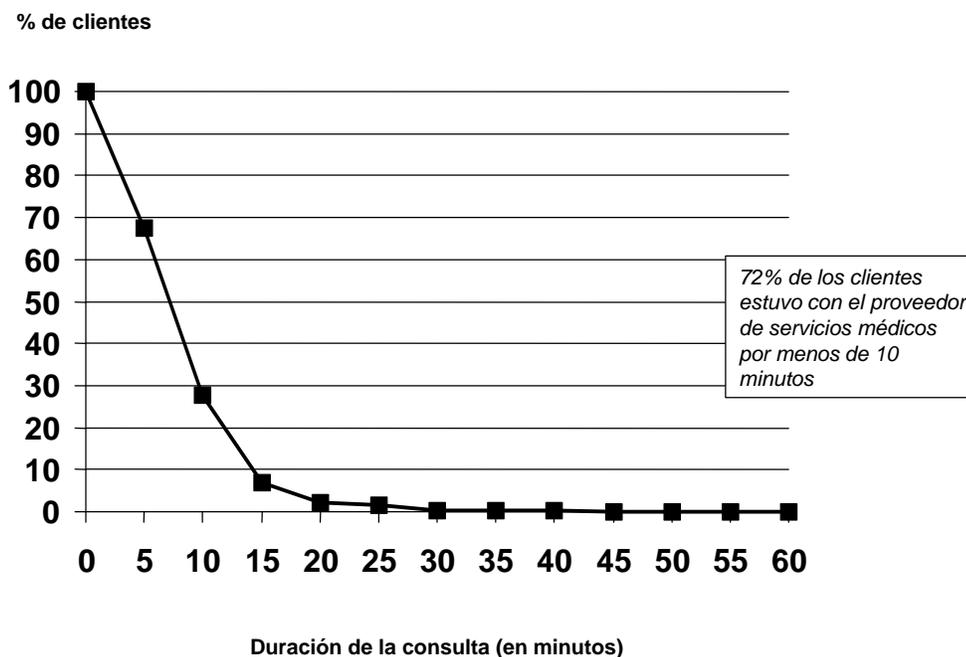
**Cuadro 8.7**  
**Percepción del tiempo de espera por parte del cliente. Por tipo de establecimiento y departamento.**  
**Establecimientos públicos**

<b>Indicador</b>	<b>Cordillera (n=185)</b>	<b>Misiones (n=177)</b>	<b>Central (n=789)</b>	<b>Total (n=1151)</b>
Porcentaje de clientes que declararon que la espera era inaceptable				
Por tipo de establecimiento				
Hospital regional	NA	36.0%	NA	36.0%
Hospital distrital	NA	NA	37.0%	37.0%
Centros de salud	23.0%	23.0%	33.0%	29.0%
Puestos de salud	33.0%	38.0%	25.0%	28.0%
<b>TOTAL</b>	<b>25.0%</b>	<b>32.0%</b>	<b>32.0%</b>	<b>31.0%</b>

**Cuadro 8.8**  
**Porcentaje de clientes que considera que el tiempo de espera es inaceptable. Por tipo de servicio de salud. Establecimientos públicos**

<b>Servicio de salud</b>	<b>Total</b>
Prenatal	36%
Vacuna antitetánica	12%
Médico general	32%
Planificación familiar	34%
Ginecología	32%
Posnatal	60%
Control de crecimiento y desarrollo	NA%
Pediatría	35%
Tratamiento de la diarrea	33%
Tratamiento de las IRA	42%
Vacunas	9%
Dental	45%
Otros	20%

**Figura 8.3**  
**Duración de las consultas médicas en establecimientos públicos**  
**(porcentaje acumulativo de clientes)**



**Percepción de la duración de la consulta por parte de los clientes.** A pesar del hecho de que la duración promedio de la consulta parece ser relativamente baja, la mayoría de los clientes (más del 90% en los tres departamentos) declaró que la duración de la consulta fue suficiente. Tal como se presenta en el Cuadro 8.10, los clientes de Cordillera y Misiones presentaron los más altos niveles de satisfacción con la duración de la consulta. Se observan resultados similares cuando se analizan las respuestas de los clientes por tipo de centro y por tipo de servicios de atención médica recibidos.

**Resultado de la consulta.** A pesar de los elevados niveles de satisfacción con la duración de la consulta, cuando se preguntó a los clientes si acaso su problema de salud había sido resuelto o si habían sido enviados a otro proveedor, entre el 6% y el 18% de los clientes en los tres departamentos declararon que no. Tal como se muestra en el cuadro 8.10, un promedio de 11% de los clientes declararon que el problema de salud por el cual habían ido a solicitar tratamiento no había sido resuelto durante la consulta y que tampoco

habían sido enviados a otro proveedor de servicios de salud. Esta situación fue especialmente notoria en Misiones, donde 17.5% de los clientes declararon que el problema de salud por el cual habían ido al establecimiento no había sido resuelto. Más del 10% de los clientes de Central y sólo el 6.5% de los clientes de Cordillera consideraron que su problema no había sido resuelto en la consulta. La gama de valores de este indicador es más amplia que la de muchas otras medidas comparadas por departamento.

**Privacidad e intercambio de información.** Tal como se indica en el Cuadro 8.10, más del 94% de los clientes declararon que consideraban que los niveles de privacidad durante la consulta eran suficientes. Por departamento, la satisfacción de los clientes con respecto a la privacidad se mantuvo sobre 90%, y en el departamento de Misiones se declaró el más elevado nivel de satisfacción (97.7%).

**Cuadro 8.9**  
**Duración de la consulta. Por departamento (en minutos).**  
**Establecimientos públicos**

<b>Tipo de establecimiento</b>	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
<b>Hospital regional</b>				
Media	NA	11.5	NA	11.5
Mediana	NA	10.0	NA	10.0
Desviación estándar	NA	5.3	NA	5.3
Coefficiente de variación	NA	0.5	NA	0.5
<b>Hospital distrital</b>				
Media	NA	NA	10.0	10.0
Mediana	NA	NA	10.0	10.0
Desviación estándar	NA	NA	6.6	6.6
Coefficiente de variación	NA	NA	0.7	0.7
<b>Centro de salud</b>				
Media	9.7	10.1	9.0	9.3
Mediana	10.0	10.0	10.0	10.0
Desviación estándar	5.3	5.6	5.7	5.6
Coefficiente de variación	0.6	0.5	0.6	0.6
<b>Puesto de salud</b>				
Media	10.8	10.5	10.6	10.6
Mediana	10.0	10.0	10.0	10.0
Desviación estándar	3.3	3.6	5.7	5.1
Coefficiente de variación	0.3	0.3	0.5	0.5
<b>Total</b>				
Media	9.91	10.72	9.79	9.95
Mediana	10	10	10	10
Desviación estándar	4.98	4.89	5.99	5.69
Coefficiente de variación	0.50	0.46	0.61	0.57

De manera similar, porcentajes altos de clientes – en general 94.5%– indicaron que el proveedor de servicios de salud les había dado explicaciones claras durante la consulta. Tanto en Cordillera como en Misiones, 98% de los clientes consideraron que las explicaciones eran claras, en tanto que la proporción fue ligeramente menor en Central (93.5%). Finalmente, la opinión de los clientes respecto a la cantidad de tiempo destinada a hacer preguntas también fue bastante favorable, 94% de todos los clientes en general. Casi el 97% de los clientes en Cordillera, 98.9% en Misiones y 92.1% en Central, declararon que se les había dado suficiente tiempo para hacer preguntas, aclarar dudas y expresar inquietudes.

#### **8.2.4. Deseo de volver al establecimiento.**

Casi todos (98.7%) de los clientes entrevistados declararon que volverían al mismo establecimiento para obtener atención médica. Tal como se muestra en el Cuadro 8.10, estos resultados son bastante similares en todos los departamentos y tipos de establecimientos (estos últimos no se muestran). Sin embargo, es importante destacar que tales elevados niveles de satisfacción pueden explicarse por la falta de alternativas de atención médica disponible para los habitantes de los departamentos incluidos en el estudio, o por sesgo de cortesía.

**Cuadro 8.10**  
**Percepciones de la consulta por parte del cliente. Por departamento. Establecimientos públicos**

Indicadores	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
Porcentaje de clientes que declararon que la duración de la consulta era suficiente	97.8	97.7	91.3	93.3
Porcentaje de clientes que declararon que el problema de salud para el cual estaban solicitando servicios no fue resuelto y que no fueron enviados a otro proveedor	6.5	17.5	10.5	11.0
Porcentaje de clientes que volverían al mismo establecimiento de salud para obtener servicios	98.4	99.4	98.6	98.7
Porcentaje de clientes que declararon que el nivel de privacidad durante la consulta era suficiente	96.2	97.7	93.4	94.5
Porcentaje de clientes que declararon que habían recibido explicaciones claras durante la consulta	98.4	98.3	93.5	95.0
Porcentaje de clientes que declararon que habían tenido suficiente tiempo durante la consulta para hablar de sus preocupaciones	96.8	98.9	92.1	93.9

A pesar de que no todos los problemas de salud por los cuales los clientes fueron a establecimientos de salud para obtener atención médica fueron resueltos durante la consulta, en general 9 de cada 10 clientes consideraron que la duración de la consulta había sido suficiente, y casi todos los clientes declararon que volverían al mismo establecimiento para obtener estos servicios. Hasta en Misiones, donde la proporción de clientes con casos no resueltos fue la más elevada (17.5%), 98% de los clientes dijeron que estaban satisfechos con la duración de la consulta y 99% declararon que volverían al mismo establecimiento.

#### **8.2.5. Disponibilidad de medicinas.**

En esta sección final de análisis de indicadores de la calidad de servicio por departamento y por tipo de establecimiento, examinamos los puntos de vista de los clientes en cuanto a lo adecuado de las medicinas y al aspecto del establecimiento.

Tal como se muestra en el Cuadro 8.11, 29% de los clientes indicaron que las medicinas necesarias no estaban disponibles al momento de su cita médica. Esto parece sorprendente si se considera el elevado nivel general de satisfacción de los clientes con los servicios. La proporción de

clientes que declararon que no había medicinas disponibles fue bastante similar en los tres departamentos; Cordillera presentó la proporción más elevada, (36.2%).

Cuando examinamos el suministro de medicinas por tipo de centro, tal como se muestra en el cuadro 8.12, la proporción de clientes de centros de salud que declaró que no había medicinas disponibles (38.5%) fue inesperadamente alta en comparación con lo indicado por los clientes de los puestos de salud (9.9%). Quizás estas discrepancias entre los puestos de salud y los otros tipos de establecimiento existe porque los puestos de salud en general tratan una gama más reducida de problemas básicos de salud que requieren menos tipos de medicina. La proporción de clientes que declaró que no había medicinas disponibles también fue alta en los hospitales distritales (36.6%).

A pesar de que no se muestra, cuando la disponibilidad de medicinas fue analizada por tipo de servicio médico, la proporción más alta de clientes que declararon que los suministros médicos eran inadecuados fue la de aquellos que necesitaban servicios médicos generales, pediátricos y posnatales. Estos son también algunos de los servicios que tienen las esperas más largas, lo cual

**Cuadro 8.11**  
**Percepciones de los clientes en cuanto a la disponibilidad de medicinas. Por departamento.**  
**Establecimientos públicos**

<b>Indicador</b>	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
Porcentaje de clientes que declararon que el establecimiento tenía las medicinas necesarias para su tratamiento	63.8	79.4	70.6	70.8
Porcentaje de clientes que declararon que el establecimiento no tenía las medicinas necesarias para su tratamiento	36.2	20.6	29.5	29.2
Total	100	100	100	100

**Cuadro 8.12**  
**Percepciones de los clientes en cuanto a la disponibilidad de medicinas. Por tipo de establecimiento. Establecimientos públicos**

<b>Indicador</b>	Hospital regional (n=59)	Hospital distrital (n=254)	Centro de salud (n=504)	Puesto de salud (n=334)	Total (n=1151)
Porcentaje de clientes que declararon que el establecimiento tenía las medicinas necesarias para su tratamiento	71.2	63.4	61.5	90.1	70.8
Porcentaje de clientes que declararon que el establecimiento no tenía las medicinas necesarias para su tratamiento	28.8	36.6	38.5	9.9	29.2
Total	100	100	100	100	100

sugiere una alta demanda que puede ser la causa del agotamiento de medicinas.

#### **8.2.6. Aspecto del establecimiento.**

En términos de las percepciones de los clientes sobre el aspecto de los establecimientos, los resultados que se presentan en los cuadros 8.13 y 8.14 indican que el 93% de los clientes en general consideraron que los establecimientos estaban limpios o muy limpios. Esta percepción favorable es uniforme en todos los departamentos y establecimientos, con la excepción de los hospitales regionales. Central presentó la menor proporción de clientes, sólo 4.6%, que consideraron que los establecimientos estaban sucios o muy sucios. En Cordillera y Misiones las proporciones de clientes que consideraron que los establecimientos estaban sucios o muy sucios fue el 10.3% y el 11.9% respectivamente.

Tal como se puede apreciar en el cuadro 8.14, los puestos de salud y los hospitales distritales

presentaron la más alta proporción de clientes que indicaban que los establecimientos estaban limpios o muy limpios, 95.3% y 96.9% respectivamente. Como contraste, los hospitales regionales y los centros de salud presentaron las más elevadas proporciones de clientes que consideraban que los establecimientos estaban sucios o muy sucios, 22.0% y 8.5% respectivamente.

En resumen, de acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas de salida de clientes, los clientes que iban a los establecimientos de salud pública en los tres departamentos manifestaron un alto nivel de satisfacción con una serie de características de los servicios y los establecimientos. En general, las horas de atención de los establecimientos parecían convenientes para los clientes y la mayoría de ellos consideraba que la duración de la consulta médica era suficiente. Sin embargo, los clientes esperan largos períodos de tiempo para recibir atención médica y el porcentaje de insatisfacción aumenta con la duración de la

espera. Donde más se percibe este fenómeno es en el caso de los hospitales. Uno de los indicadores básicos de calidad –la disponibilidad de medicinas– dejó mucho que desear, y la mejoría de este indicador podría ser uno de los resultados que la descentralización podría producir. También debe destacarse que, a pesar de la opinión positiva de los clientes, una importante cantidad de clientes consideró que el problema por el cual habían acudido al establecimiento no había sido resuelto.

### **8.3. Clientes del sector privado: indicadores de calidad básica de servicios de salud.**

La comparación de los sectores público y privado por medio de la encuesta de salida de clientes puede proporcionar información útil para el diseño de referencias para una distribución más efectiva de los recursos públicos. La encuesta de salida de clientes permite comparar las características sociodemográficas y las percepciones sobre la calidad de los servicios de los dos grupos de clientes. Si suponemos que los establecimientos de salud privados sirven como una referencia de norma de calidad en este aspecto, las diferencias entre los dos tipos de establecimientos pueden servir como referencia para fijar metas que los centros públicos puedan lograr. Los establecimientos públicos, por ejemplo, podrían intentar reducir el tiempo de espera a niveles similares a aquellos que se encuentran en los establecimientos privados.

En la primera parte de esta subsección, examinamos las características de los clientes de los establecimientos privados y las comparamos con aquellas de los clientes de los establecimientos públicos. Los clientes de ambos sectores son comparados en términos de edad, sexo, educación, estado civil, tamaño de familia, ocupación y niveles de ingreso. En la segunda parte, los indicadores básicos de calidad se comparan en los dos grupos.

#### **8.3.1. Características de los clientes de establecimientos privados.**

En términos de características demográficas, el cliente promedio del sector privado es bastante similar al cliente de los establecimientos del

sector público. El cliente privado promedio es una mujer de menos de 35 años de edad, casada, y con dos o tres niños. Sin embargo, los clientes de los establecimientos privados tienen un nivel de educación más elevado y declaran tener un ingreso que es 152% más alto que el de los clientes promedio del sector público. Esta información se presenta en el Cuadro 8.15.

En términos de distribución de edades, los clientes del sector privado tienden a tener más edad que los clientes del sector público: 53% de los clientes de establecimientos públicos tienen menos de 30 años; en cambio, sólo 40% de los clientes de establecimientos privados están en esa categoría de edad. Más aun, la edad promedio de los clientes del sector privado es 35 años, en tanto que la de los clientes del sector público es 32 años. El 10% de los clientes del sector privado declaran tener más de 60 años, en tanto que sólo el 5.7% de los clientes del sector público tienen más de 60 años.

Aunque la mayoría de los clientes de los dos tipos de centros son mujeres, había más hombres que iban a los establecimientos privados: 21% de los clientes del sector privado eran hombres en comparación con sólo 11% de los clientes de los establecimientos públicos. La mayoría de los clientes de los establecimientos privados y públicos estaban casados y tenían un promedio de 2.2 y 2.6 niños respectivamente.

Según lo declarado, los clientes del sector privado tienen niveles de educación más elevados que los del sector público. La proporción de clientes del sector privado que había completado la educación secundaria o había llegado a la educación superior era el doble de la proporción correspondiente de clientes del sector público. Los niveles más elevados de educación se reflejan en una participación mayor en la fuerza de trabajo por parte de los clientes del sector privado. Al momento de la encuesta, 52.7% de los clientes del sector privado declararon que habían tenido trabajo la semana anterior a la entrevista, lo cual es mucho más que el 37.8% de los clientes que declararon lo mismo en el sector público. Más aun, aunque una mucho mayor proporción de clientes del sector privado estaba compuesta por clientes que tenían trabajo, el porcentaje de clientes privados que eran

estudiantes era también casi el doble de la proporción correspondiente de la clientela del sector público.

Entre los clientes del sector privado, los niveles de educación y empleo más elevados se reflejaron en más altos ingresos mensuales promedio. Tanto la media como la mediana de ingresos de los clientes de establecimientos privados fueron alrededor de 2.5 veces mayores que las de los clientes que iban a establecimientos públicos. También, como es de esperar por los resultados de la encuesta en cuanto a ingreso, educación y empleo, el 35.5% de los clientes del sector privado declararon que tenían seguro de salud privado, y el 52.7% declararon no tener seguro de salud, en tanto que entre los clientes del sector público, sólo una minoría (1.2%) tenía seguro privado y la gran mayoría (91.4%) no tenía seguro.

En resumen, en términos de características sociales y demográficas, los clientes del sector

privado tenían más edad, estaban mejor educados, tenían mejor situación económica, y un nivel más elevado de cobertura de seguro de salud que los clientes del sector público. En comparación con el sector público, había una mayor proporción de hombres entre los clientes del sector privado (21% contra 11%). En términos generales, aproximadamente la misma proporción de clientes de los sectores público y privado estaban casados o cohabitaban –74.1% y 69.1% respectivamente– pero una proporción considerablemente mayor de clientes del sector privado estaban casados (56.4% contra 40.8%). No había diferencias importantes entre los grupos en términos del número promedio de niños. De acuerdo a esto, parece que los establecimientos médicos privados atienden a un grupo de clientes que se ha seleccionado a sí mismo y que está constituido por aquellos que pueden pagar y que de hecho no optan a la prestación de servicios de salud públicos para cubrir por lo menos una parte de sus necesidades médicas.

### Cuadro 8.13

#### Percepciones del aspecto de los establecimientos por parte del cliente. Por departamento. Establecimientos públicos

Indicador	Cordillera (n=185)	Misiones (n=177)	Central (n=789)	Total (n=1151)
Percepción de la limpieza del establecimiento				
Muy limpio	22.2	45.2	25.5	28.0
Limpio	67.6	42.9	69.8	65.3
Sucio	8.7	11.9	4.4	6.3
Muy sucio	1.6	0.0	0.3	0.4
Total	100	100	100	100

### Cuadro 8.14

#### Percepciones del aspecto de los establecimientos por parte del cliente. Por tipo de establecimiento. Establecimientos públicos

Indicador	Hospital regional (n=59)	Hospital distrital (n=254)	Centro de salud (n=504)	Puesto de salud (n=334)	Total (n=1151)
Percepción de la limpieza del establecimiento					
Muy limpio	25.4	26.0	16.5	47.3	28.0
Limpio	52.5	70.9	75.0	48.0	65.3
Sucio	22.0	3.2	7.7	4.6	6.3
Muy sucio	0.0	0.0	0.8	0.1	0.4
Total	100.0	100.0	100.0	99.2	100.0

**Cuadro 8.15**  
**Características sociodemográficas de los clientes por sector**

<b>Características</b>	Sector privado (n=110)	Sector público (n=1151)
<b>Edad</b>		
10-19	11.8%	17.3%
20-29	28.2%	35.8%
30-39	32.7%	26.5%
40-49	12.7%	10.3%
50-59	4.6%	4.5%
>60	10.0%	5.7%
<b>Sexo</b>		
Hombres	20.9%	10.8%
Mujeres	79.1%	89.2%
<b>Educación</b>		
Ninguna	0.9%	4.8%
Primaria	22.7%	66.1%
Secundaria	57.3%	27.1%
Superior	19.1%	2.0%
<b>Estado civil</b>		
Soltero	25.5%	23.7%
Casado	56.4%	40.8%
Cohabitante	12.7%	33.3%
Separado	1.8%	0.6%
Viudo	3.6%	1.7%
<b>Número de niños</b>		
Media	2.2	2.6
Mediana	2.0	2.0
Desviación estándar	2.2	2.4
Coefficiente de variación	1.0	1.0
<b>Empleo</b>		
Empleado	52.7%	37.8%
En busca de empleo	0.9%	1.3%
Estudiante	6.4%	3.6%
Trabajo doméstico	34.6%	56.0%
Otro tipo de empleo	5.5%	1.3%
<b>Ingreso mensual (guaraníes)</b>		
Media	1712289.3	678591.7
Mediana	1500000	600000
Desviación estándar	1154133.	467775.6
Coefficiente de variación	0.7	0.7
<b>Seguro de salud</b>		
Seguro privado	35.5%	1.2%
Pago por adelantado	2.7%	0.0%
Seguro social	9.1%	7.4%
Ninguno	52.7%	91.4%

### 8.3.2. *Percepciones de los clientes del sector privado acerca de la calidad.*

El cuadro 8.16 presenta las perspectivas de los clientes en cuanto a calidad, por sector. Las diferencias entre los dos grupos de clientes revelan exactamente qué ventaja este grupo más educado y con más dinero está escogiendo al solicitar un servicio privado y por lo tanto mucho menos subsidiado.

**Horas de atención.** A pesar de que en una alta proporción los clientes de los sectores público y privado declararon que las horas de atención eran convenientes, en el caso de los clientes del sector privado la respuesta positiva fue casi total (99%). Como la supuesta tendencia a la cortesía no presenta diferencias entre establecimientos públicos y privados, la comparación debe ser válida. Además, como la encuesta de cliente presenta sólo información sobre las personas que fueron a los establecimientos, es de esperar una alta respuesta positiva a esta pregunta en ambos grupos.

**Tiempo de espera.** La mediana del tiempo de espera en el sector privado (20 minutos) fue 15 minutos menor que la mediana de la espera en el sector público (35 minutos), en tanto que la espera promedio en los centros privados (28 minutos) fue aproximadamente la mitad de la de los centros públicos (57 minutos). La menor espera en los establecimientos privados indica que estos clientes están incurriendo en un menor costo de oportunidad al solicitar atención médica. De manera similar, tales diferencias en la espera indican que hay un amplio margen para mejorar los establecimientos públicos. Además, casi con certeza debido a la menor espera en los establecimientos privados, una mayor proporción de los clientes del sector privado consideraron que la espera era adecuada, 85.5% en comparación con 68.9%.

**Duración de la consulta.** La duración promedio de la consulta fue mayor en los establecimientos privados que en los públicos. La media (17 minutos) y la mediana (15 minutos) de la duración de la consulta en los establecimientos privados fue 50% mayor que la duración de la consulta en los establecimientos públicos (media de 9 minutos y

mediana de 10 minutos). Los clientes del sector privado no sólo esperaron menos para que empezara su consulta o tratamiento si no que una vez que vieron al proveedor de servicio de salud, pasaron más tiempo con él o ella. Por lo tanto, no es de sorprenderse que las opiniones relativas de los clientes sobre aspectos de la consulta sean en general mejores en los establecimientos privados.

**Resultados de la consulta y deseo de volver al establecimiento.** En comparación con los clientes de los establecimientos públicos, una proporción sólo ligeramente mayor de los clientes del sector privado (89% contra 84%) declararon que el problema de salud por el cual habían solicitado atención médica fue resuelto o que se les había enviado a otro proveedor. Más aun, hubo una diferencia de sólo un punto porcentual en las proporciones de aquellos que declararon que volverían al mismo establecimiento para obtener atención médica, 97.3% de los clientes del sector privado y 98.7% de los clientes del sector público. Es interesante destacar que la considerablemente mayor duración de la consulta en establecimientos privados no tuvo un efecto positivo correspondiente en la proporción de casos privados que fueron resueltos o remitidos. Además, la considerablemente mayor espera de los clientes del sector público no afectó su deseo de volver al mismo establecimiento; pero también es posible que las alternativas de atención médica sean limitadas debido a una falta de infraestructura o a otros obstáculos de acceso. Finalmente, la mayor proporción de clientes del sector privado que declararon que volverían al establecimiento es interesante debido a que se supone que este grupo tiene más opciones (escogen el establecimiento privado en vez de un establecimiento público disponible), lo cual da como resultado una demanda más elástica.

**Privacidad e intercambio de información.** En términos del nivel de privacidad y la calidad del intercambio de información entre el proveedor de servicios de salud y el cliente, casi todos (99.1%) los clientes del sector privado estuvieron altamente satisfechos en los dos aspectos. En ambos sectores, más del 90% de los clientes consideraron favorablemente varios aspectos de la consulta; por ejemplo, privacidad, explicaciones durante la consulta y tiempo dedicado a responder preguntas

y a obtener explicaciones. Aunque anticipamos que estas medidas en ambos grupos serían afectadas por el sesgo de cortesía, las proporciones de las medidas en el caso de los clientes del sector privado fueron uniformemente un 5% mayores que las de las medidas correspondientes de los clientes del sector público, y todas ellas se aproximan al 100% de satisfacción en los establecimientos privados.

**Disponibilidad de medicinas.** En términos de la disponibilidad de medicinas –una medida que es quizás un indicador más exacto y objetivo de la calidad– un porcentaje relativamente alto (45.8%) de los clientes del sector privado respondieron que

las medicinas necesarias no estaban disponibles a la hora de la consulta. En el caso de los clientes del sector público, este porcentaje fue considerablemente menor (29.2%). Que no hubiera medicinas disponibles en el establecimiento no parece afectar el deseo de volver de los clientes. Sin embargo, tampoco hubo una relación consistente entre la disponibilidad de medicinas y la medida en que el problema de salud fue resuelto en ninguno de los dos grupos de clientes. Dado que los clientes del sector privado estaban en mejores condiciones financieras, es posible que la adquisición de medicinas a través de establecimientos comerciales pueda no haber presentado un problema para ellos.

### Cuadro 8.16

#### Indicadores de calidad básica obtenidos de entrevistas de salida de clientes. Por sector

Indicador	Sector privado (n=100)	Sector público (n=1151)
Conveniencia de las horas de atención del establecimiento		
Porcentaje de clientes que declararon que las horas de atención del establecimiento eran convenientes	99.1%	93.4%
Espera (minutos)		
Media	28.23	56.77
Mediana	20	35
Desviación estándar	27.29	52.77
Coeficiente de variación	0.97	0.93
Porcentaje de clientes que declararon que la duración de la espera era aceptable	85.5%	68.9%
Duración de la consulta (minutos)		
Media	17.24	9.95
Mediana	15	10
Desviación estándar	8.59	5.69
Coeficiente de variación	0.50	0.57
Porcentaje de clientes que declararon que la duración de la consulta era suficiente	98.1%	93.3%
Porcentaje de clientes que declararon que el problema de salud para el cual estaban solicitando servicios fue resuelto o que fueron enviados a otro proveedor	89.1%	84.0%
Porcentaje de clientes que volverían al mismo establecimiento de salud para obtener servicios	97.3%	98.7%
Porcentaje de clientes que declararon que el nivel de privacidad durante la consulta era suficiente	99.1%	94.5%
Porcentaje de clientes que declararon que el proveedor de salud les dio explicaciones claras durante la consulta	99.1%	95.0%
Porcentaje de clientes que declararon que el establecimiento no tenía las medicinas necesarias para su tratamiento	45.8%	29.2%

Basándose en los hallazgos de la encuesta de salida de clientes, la comparación de los sectores público y privado reveló algunas diferencias significativas entre los clientes de ambos sectores al solicitar atención médica. Las diferencias considerables de tiempo de espera y duración de la consulta, y las diferencias de percepción de estos indicadores, sugieren que se pueden hacer mejoras en los establecimientos del sector público. Los administradores públicos podrían utilizar estos indicadores como referencias para el mejoramiento del rendimiento de sus establecimientos. Es interesante notar que el menor tiempo de espera y la mayor duración de la consulta parece no producir una ganancia marginal significativa en la percepción de los clientes sobre los distintos aspectos de la consulta, o en su opinión final sobre la consulta. Además, algunos de los indicadores subjetivos pueden ser influenciados por el sesgo de cortesía. Sin embargo, es importante destacar que la encuesta de salida de clientes no capturó la opinión de los clientes que no fueron a los establecimientos debido a la larga espera y la poca duración de la consulta. La información sobre clientes potenciales podría dar datos más completos sobre los beneficios de mejorar los indicadores de calidad básicos del sector público.

#### **8.4 Resultados: Indicadores básicos de equidad y otras características de los clientes**

Un objetivo común de los gobiernos en el sector salud es lograr un sistema donde todos los ciudadanos tengan un fácil e igual acceso a los servicios de salud en base a sus necesidades. Aunque equidad en el sector salud puede ser un objetivo socialmente deseable, su medición en todas las dimensiones que la misma involucra es compleja.

Esta sección del informe brinda una primera aproximación al análisis de equidad, usando principalmente los resultados de la encuesta de clientes. Esta información se complementa con alguno de los resultados de la encuesta de hogares (ver sección 9). Esta sección se divide en cuatro subsecciones. La primera subsección define y explica brevemente el concepto de equidad. La segunda analiza los determinantes de la equidad

en el uso de los servicios médicos suministrados por los establecimientos públicos. La tercera subsección examina la composición del gasto total en salud. La última parte analiza el origen o lugar de residencia de los clientes con el objeto de evaluar sus implicancias, y la equidad, en el financiamiento de servicios médicos.

##### **8.4.1. Aspectos conceptuales**

Dos vertientes de equidad en salud deben claramente diferenciarse: equidad en el financiamiento y equidad en el uso de los recursos de salud. Equidad en el financiamiento implica que individuos con mayores ingresos contribuyan más al sistema o que a igual ingreso igual contribución. Un elemento adicional en el análisis de la equidad en el financiamiento es conocer si los impuestos que se asignan para cubrir los gastos en salud están siendo usados por los individuos que pagaron esos impuestos. Por ejemplo, sería inequitativo una situación donde los individuos de una comunidad están pagando impuestos locales para financiar la red de centros de atención que esta siendo mayormente utilizada por individuos de otras comunidades. El análisis de la encuesta de clientes nos permite hacer una comparación inicial de este aspecto de la equidad en el financiamiento.

En cuanto a equidad en el uso se busca que – independientemente de factores tales como sexo, lugar de vivienda, educación, entre otros factores – individuos con iguales necesidades reciban igual tratamiento. Aquí el problema fundamental radica en medir cuales serían las necesidades del individuo debido a que es complejo recolectar y comparar información con respecto al estado de salud, los síntomas que el individuo padece y sus preferencias por la atención médica.

Usualmente, el diferente uso de servicios de salud de acuerdo a diferentes niveles de ingresos es mal entendido como un problema de inequidad en el sector salud. Diferencias en el ingreso involucran un uso diferente de los recursos debido a que la atención médica es un bien normal en el sentido económico (a mayor nivel de ingreso, mayor nivel de consumo). Un aspecto importante de equidad es examinar si personas con similares necesidades

(después de controlar por diferencias de ingresos ) reciben igual tratamiento.

Otro elemento importante de evaluar, es si los recursos públicos están siendo efectivamente orientados a ayudar a los más pobres. Para ello es necesario evaluar si los grupos más pobres de la sociedad están usando más intensamente la red pública cuando se enferman. En caso de no ser esta la situación, problemas de acceso, calidad de atención y barreras económicas que impiden el acceso deben ser analizadas.

#### 8.4.2. *Equidad en el uso de los servicios médicos*

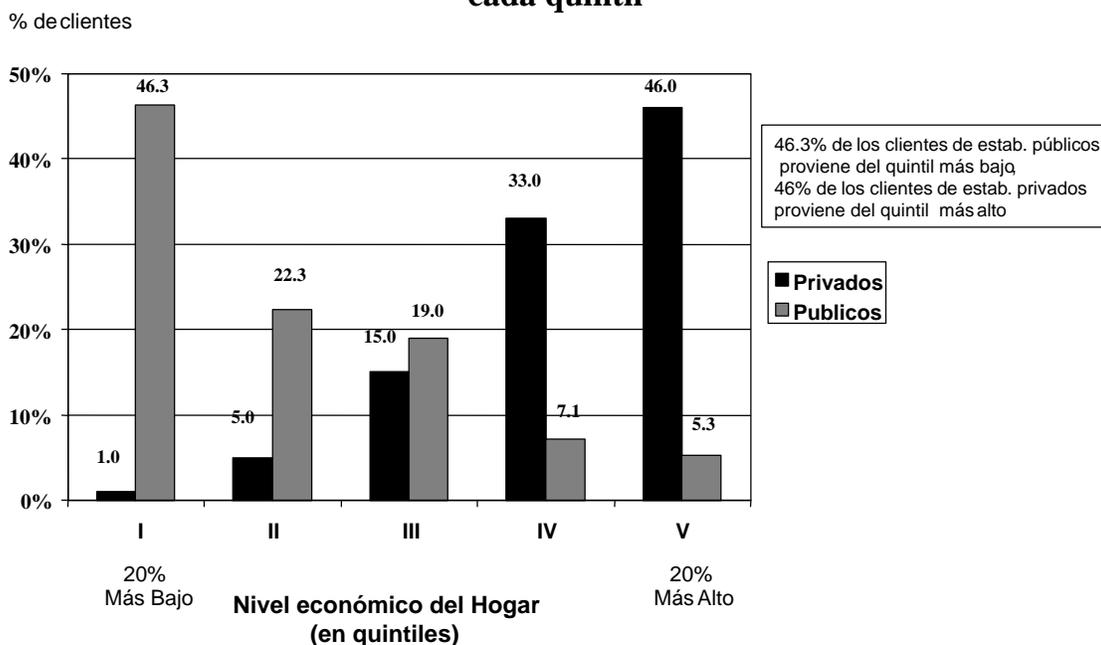
En el análisis descriptivo de los determinantes del uso de servicios de salud entre los diferentes grupos de clientes, incluiremos los siguientes elementos: nivel económico, distancia al centro de salud, y tiempo y costo de transporte.

**Ingreso mensual y nivel económico de los clientes.** La distribución del ingreso mensual de los clientes de establecimientos públicos es bastante balanceada. Como se mostró en el Cuadro 8.2, el ingreso promedio de los clientes es

de 678,592 Guaraníes (U.S.\$241) y la mediana tiene un valor cercano de 600,000 Guaraníes (U.S.\$213). La varianza de la distribución no es muy significativa debido a que el coeficiente de variación es menor a uno. Central es el departamento con clientes con un mayor nivel de ingreso promedio (743,135 Guaraníes, US\$264), mientras que Misiones es el departamento con clientes de más bajo nivel de ingreso (408,037 Guaraníes, US\$144.95). Un mayor detalle de las características sociodemográficas de los clientes fue presentada en la sección 8.1.

A partir de los resultados de la encuesta de hogares —la cual permite clasificar a los hogares por quintiles de nivel económico (ver sección 9.1)— y usando la información reportada por los clientes, se encontró que el 46% de los clientes que asistieron a establecimientos públicos provienen del quintil más pobre, mientras que 5% de los clientes provienen del quintil más alto. Estos resultados son reportados en la figura 8.4. Esto indica que los establecimientos públicos son usados mas intensamente por los grupos menos favorecidos de la población. La figura 8.4 también presenta la distribución por nivel económico de

**Figura 8.4**  
**Nivel económico de los clientes de establecimientos públicos y de los establecimientos privados: Porcentaje de clientes que proviene de cada quintil**



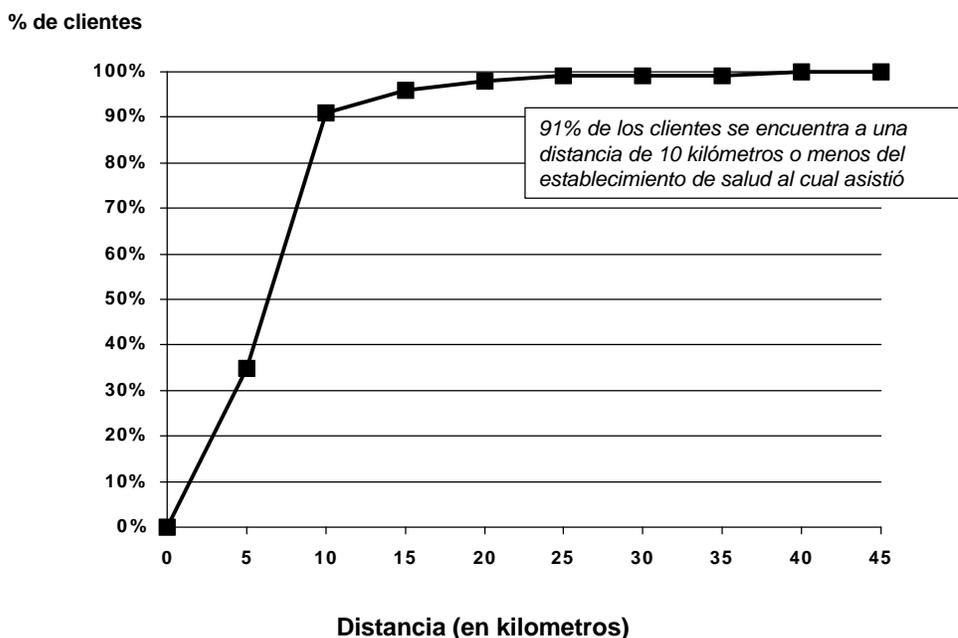
los clientes de establecimientos privados. Se observa un patrón inverso al de establecimientos públicos: el 46% de los clientes de establecimientos privados proviene del estrato más rico. Apenas el 1% proviene del estrato más pobre.

En cuanto a la relación entre ingresos de los individuos y pago totales por los servicios se observa una correlación muy pequeña (0.064). Este resultado sugiere que el nivel de ingreso no influye el monto pagado por los servicios recibidos, es decir, tanto pobres como ricos pagan montos similares por los servicios recibidos. Si no hay diferencias en la composición de los servicios demandados entre estos dos grupos, este resultado indicaría una estructura de precios regresiva en el sistema de salud público.

**Seguro médico.** Otro elemento que afecta la posibilidad de acceder a la atención médica es la

cobertura de seguro médico. Basicamente, el seguro afecta los precios efectivos y el nivel de ingreso de los clientes al momento que el individuo busca servicios de salud. En la muestra de estudio, 91.4% de los clientes reportó no tener ningún tipo de cobertura de seguro médico (seguro social o seguro privado). Los centros públicos incluidos en el estudio son mayormente utilizados por clientes que no tienen ningún tipo de seguro médico. Esto puede indicar que la estrategia de recolectar recursos para los establecimientos públicos cobrandole a los clientes según su cobertura de seguro médico puede no ser muy atractiva. Sin embargo, tales resultados deben ser analizados con cautela. La baja proporción de clientes con seguro médico (privado o seguro social) puede deberse a que las mujeres —las cuales conforman la mayoría de clientes— desconocen si la cobertura o el pago de seguro las incluye a ellas.

**Figura 8.5**  
**Distancia total al establecimiento de salud público**  
**(porcentaje acumulativo de clientes)**



**Cuadro 8.17****Distancia al centro de atención en base a la encuesta de clientes  
Porcentaje de clientes por distancia. Establecimientos públicos**

	Cordillera	Misiones	Central	Total
Distancia (kms)				
a. 0 - 5 kms	92.1%	91.0%	90.5%	90.4%
b. 5 - 10 kms	5.1%	3.2%	5.7%	5.5%
c. 10 - 15 kms	0.6%	3.2%	1.5%	1.7%
d. 15-20 kms	1.2%	1.9%	1.4%	1.6%
e. >20 kms	1.2%	0.7%	0.8%	1.0%
	100.2%	100.1%	100.0%	100.0%

**Cuadro 8.18****Tiempo de viaje al centro de atención en base a la encuesta de clientes  
Porcentaje de clientes por distancia. Establecimientos públicos**

	Cordillera	Misiones	Central	Total
Tiempo de viaje (minutos)				
a. 0 - 15 minutos	55.9%	62.1%	65.8%	64.1%
b. 15 - 30 minutos	31.3%	29.8%	27.8%	28.0%
c. 30 - 45 minutos	5.6%	2.5%	2.6%	3.1%
d. 45-60 minutos	5.6%	3.1%	2.2%	3.0%
e. >60 minutos	1.7%	2.5%	1.6%	1.7%
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**Distancia al centro de salud.** Un 91% de los clientes vive a una distancia de 10 kilómetros o menos del centro de salud al cual asistió (Figura 8.5). Esta proporción estuvo por encima del 90% en cada departamento (ver cuadro 8.13). Los establecimientos públicos atienden básicamente a personas que se encuentran en lugares cercanos, lo que en términos de eficiencia en el diseño de impuestos podría tener una ventaja ya que las personas que pagan impuestos locales podrían ser los principales usuarios de la red. No se puede concluir, sin embargo, – usando la encuesta de clientes – que la distancia es un factor que afecta el uso de recursos. Por el contrario, puede ser que la mayoría de las personas que se enfermaron y no fueron al centro fue por vivir lejos de un centro de atención.

Un 92.1% de los clientes reportó haber viajado menos de 30 minutos para llegar al establecimiento donde le atendieron. Esto no es extraño ya que la mayoría de los clientes viven cerca del centro al cual acudieron. El pago promedio en transporte fue de 643 Guaraníes (U.S.\$0.23). El Cuadro 8.18 muestra estos indicadores por departamento.

**8.4.3. Estructura del Gasto en Salud de los Clientes**

**Distribución del gasto total en salud.** El gasto en salud de los clientes que asistieron a establecimientos públicos es bajo y presenta una estructura homogénea por tipo de servicio. Como lo muestra la Figura 8.6, el 82% de los clientes gastó menos de 4,000 Guaraníes (U.S.\$1.42) por los servicios médicos recibidos, mientras que 21% no pagó por

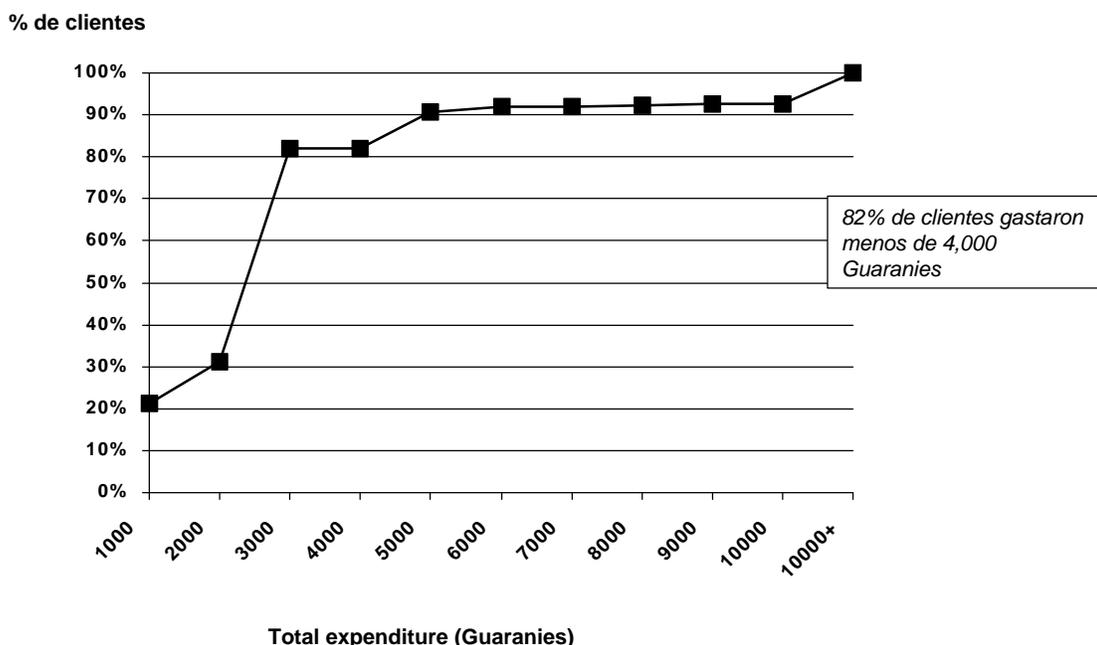
los servicios. Los clientes que no pagaron reportaron un ingreso promedio menor que el resto de los clientes. Sin embargo, dada la alta proporción de clientes que no pagaron por los servicios recibidos, esta estructura de pago por servicios podría implicar que clientes con nivel de activos similar podrían estar pagando diferentes montos por servicios médicos similares.

En promedio, como lo muestra el Cuadro 8.19, los clientes que asistieron a los establecimientos públicos gastaron 5,551 Guaraníes (U.S.\$1.97), y 50% de los clientes gastó menos de 3,000 Guaraníes (U.S.\$1.07). A pesar de que el 98% de los clientes cubrió los gastos de salud en su totalidad sin contar con el apoyo de terceros (Cuadro 8.20), el 81% de los clientes percibió el precio pagado por la atención médica como barato o normal. Cerca del 19% de clientes encontró la consulta cara o muy cara (Figura 8.7).

**Composición del gasto total en salud.** El análisis de la composición del gasto en salud refleja que 21% fue destinado para cubrir los costos de los medicamentos mientras que un 31% se destinó a insumos. El resto (48%) fue para cubrir los costos de la consulta médica (figura 8.8).

Como muestra el Cuadro 8.19, el 50% de los clientes no realizó pagos por medicamentos o insumos y el pago efectuado sólo cubrió el pago de la consulta. El promedio del gasto en medicamentos fue de 1,139 Guaraníes (U.S.\$0.40) mientras que para los insumos fue de 1,704 Guaraníes (U.S.\$0.61). De los que gastaron, el 99% gastó menos de 2,000 Guaraníes (U.S.\$0.71) en medicamentos, mientras que 90% no gastó nada en insumos. El bajo monto pagado por los clientes en insumos pueden ser explicado por la baja disponibilidad de insumos en los establecimientos públicos. Como ya se indicó, una proporción significativa de clientes reportó que los establecimientos de salud no tenían los insumos necesarios para la atención médica.

**Figura 8.6**  
**Gasto total en salud**  
**(Porcentaje acumulativo por nivel de gasto)**



---

**Cuadro 8.19**  
**Gasto Total en Salud por Componente: Medicamentos, Materiales y Consulta (en Guaraníes)**

---

<b>1. Total Gasto en Salud</b>	
1.1 Promedio	5551.3
1.2 Mediana	3000
1.3 Sdv	31254.16
1.4 COV	5.63
<b>2. Total Gasto en Medicamentos</b>	
2.1 Promedio	1139.01
2.2 Mediana	0
2.3 Sdv	29775.45
2.4 COV	26.14
<b>3. Total Gasto en Materiales</b>	
3.1 Promedio	1704.6
3.2 Mediana	0
3.3 Sdv	7804.9
3.4 COV	4.58
<b>4. Total Gasto en Consulta</b>	
4.1 Promedio	2691.13
4.2 Mediana	3000
4.3 Sdv	4802.8
4.4 COV	1.78

---



---

**Cuadro 8.20**  
**Fuente de los recursos para El pago de la atención médica**

---

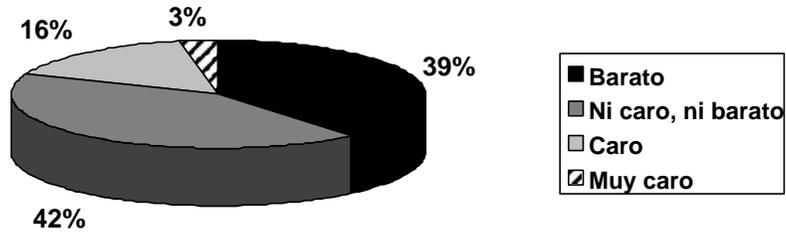
	<b>Porcentaje</b>
1. Seguro privado	0.00%
2. Un pariente	0.96%
3. Otra persona	1.48%
4. El cliente exclusivamente	97.57%

---

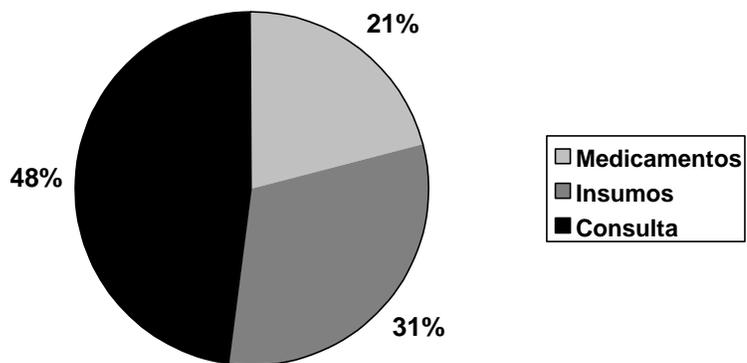
En cuanto la consulta, la mediana del gasto fue de 3,000 Guaraníes (US\$1.07) y en promedio los clientes gastaron 2,691 Guaraníes (US\$0.96). Esta relación entre la mediana y el promedio de los gastos en la consulta indica que la estructura de los gastos en consulta realizado por los clientes de establecimientos públicos es más homogénea que los gastos en medicamentos y insumos. En efecto, el Cuadro 8.19 indica que la variabilidad

de los gastos en consulta es notablemente menor que los gastos en medicinas y insumos. El coeficiente de variación para este rubro es 1.78 mientras que para los medicamentos y insumos es de 26.14 y 4.58, respectivamente. Esto puede deberse a la estructura de precios fijos que se encontró en la sección 5.

**Figura 8.7**  
**Opinion sobre el precio pagado por la atención médica**  
**(Porcentaje de clientes de establecimientos públicos)**



**Figura 8.8**  
**Composición de los gastos totales de salud**



En resumen, el gasto en salud de los clientes que asistieron a los establecimientos públicos es bajo. El 50% de los clientes no efectuó pago en medicamentos o insumos mientras que el pago promedio por la consulta fue de 2,691 Guaraníes (U.S.\$0.96). La mayoría de los clientes reportó estar conforme con el precio pagado. Una proporción significativa de clientes (21%) no pagó ningún precio por la atención médica recibida lo que podría ser una fuente de desigualdad (personas con igual ingreso o nivel de activo y similar condición médica podrían estar pagando precios distintos) en el financiamiento de los servicios de salud.

#### **8.4.4. *Análisis del origen o lugar de residencia de los clientes***

El objetivo de esta sección es comparar el municipio de residencia de los clientes con respecto al lugar donde recibieron asistencia médica. Si todos los clientes que son atendidos en un establecimiento viven en el mismo municipio donde se encuentra el establecimiento, ello indicaría que el financiamiento de este establecimiento con recursos locales no ocasionará transferencia de recursos a miembros de diferentes municipios. Como se indicó en la sección anterior, 91% de los clientes se encontraba viviendo en una distancia no mayor de 10 kilómetros del establecimiento. Ello indicaría que la mayoría de los clientes viven cerca del establecimiento donde acudieron para recibir atención médica. No obstante, la encuesta de clientes nos permite hacer un análisis más detallado del lugar de residencia.

La mayoría de los clientes de establecimientos públicos viven en el mismo municipio donde se encuentra el establecimiento. El Cuadro 8.21 presenta el porcentaje de clientes que vive en un municipio distinto al municipio donde queda el establecimiento (este porcentaje es llamado también coeficiente de importación, CI). Se observan importantes diferencias por departamento. Todos los municipios de Central (incluidos en el estudio), excepto Ita, recibieron clientes provenientes de otros municipios. Los establecimientos que reportaron una alta proporción de clientes provenientes de otros municipios, fueron los establecimientos ubicados en Fernando de la Mora (27%), Villa Elisa (21%) y Guarambare

(16%). En ningún caso los clientes de otros municipios representan más del 30% de los clientes atendidos.

En Misiones, tres de los cuatro municipios incluidos en el estudio presentan un CI igual a cero. Sólo los establecimientos de Ayolas reportaron recibir clientes provenientes de otros municipios. Un 5% de los clientes atendidos en Ayolas provenía de otros municipios.

En Cordillera, los municipios de Atyra, Isla Pucu, Pirebebuy y Tobati reportaron un CI mayor que cero. Aproximadamente 7% de los clientes que asistieron a los establecimientos localizados en el municipio de Tobati y Isla Pucu reportó pertenecer a otro municipio.

El mapa A.15 en el Anexo A permite una mejor comparación de los distintos patrones regionales. Es evidente la mayor inter-relación de los componentes de oferta y demanda por servicios de salud en los municipios de Central. Es claro que los establecimientos de Misiones atienden principalmente la población de los municipios donde están ubicados. Estos distintos patrones regionales están relacionados al nivel de urbanización y la facilidad de transporte de cada departamento, pero tienen implicancias para el financiamiento del sistema de salud.

#### **8.4.5 *Resumen***

La mayoría de los clientes de los centros públicos provienen del quintil más pobre de la población. Sin embargo, 12% de las clientes provienen de los dos quintiles superiores de status económico. Esto implica que los recursos públicos no son usados exclusivamente por las personas de menores ingresos, sino también por grupos que tienen una mayor capacidad de pago. La mayoría de los clientes no pagó o pagó un precio muy bajo por la atención médica recibida. Clientes con diferente nivel de ingreso están pagando un monto muy similar. Este patrón de uso sugiere cierta regresividad en la asignación de recursos y en el sistema de precios de los establecimientos públicos.

No se encontraron diferencias notables en los patrones de pago por servicios recibidos por edad y sexo. Casi la totalidad de los clientes que

asistieron a los establecimientos públicos reportaron no tener cobertura de seguro (privado o seguro social).

En base a la información de la encuesta de clientes, se observa que la distancia y el tiempo de viaje podría ser un factor que afecta el uso de los servicios médicos. Ello concuerda con que la

mayoría de los clientes que usaron los establecimientos públicos provienen del mismo municipio donde se encuentra el establecimiento. En este sentido, los recursos locales usados para financiar la red de centros de salud del municipio están siendo usados mayormente por los habitantes del mismo municipio.

<b>Cuadro 8.21</b>	
<b>Porcentaje de Clientes de Otros Municipios</b>	
<b>Departamento/Municipio</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1. Cordillera</b>	
Altos	0.0%
Atyra	2.4%
Isla Pucu	7.1%
Itacurubi de la Cordillera	0.0%
Pirebebuy	1.9%
Tobati	7.1%
<b>2. Misiones</b>	
Ayolas	4.8%
San Juan Bautista	0.0%
San Miguel	0.0%
Villa Florida	0.0%
<b>3. Central</b>	
Aregua	1.9%
Capiata	5.1%
Fernando de la Mora	27.0%
Guarambare	16.4%
Ita	0.0%
Lambare	7.5%
Ñemby	6.3%
Villa Elisa	20.7%
Ypacari	1.8%
Ypane	9.1%



## 9. Resultados: Encuesta de hogares y patrones de uso de servicio

El propósito principal de los sistemas de salud es contribuir a la mejora de los niveles de salud de la población, especialmente la salud de los grupos más vulnerables como son madres y niños. El nivel de salud de las madres y niños depende de los servicios recibidos durante el embarazo y el parto, así como de los servicios de salud recibidos después del parto y durante los primeros años de vida del niño. Debido a la vulnerabilidad de estos grupos, los servicios dirigidos a ellos son considerados básicos y, por lo tanto, son componentes fundamentales de los programas de salud públicos.

Con el propósito de obtener información sobre la salud y la utilización de servicios básicos de salud por la población de los municipios de estudio se recolectó información a través de una encuesta de hogares. Como se mencionó en la sección 4, esto se realizó a través de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil: 1998 (ENSMI 98).

Las decisiones que los individuos realizan sobre aspectos relacionados a su salud dependen de las características de los individuos, de sus hogares y de factores de la oferta de servicios de salud de la comunidad en que viven. Un factor importante que afecta las decisiones sobre salud es el nivel económico de los individuos. Es importante examinar el patrón de uso de servicios de salud por nivel o grupo económico pues permite observar las acciones tomadas por los grupos más pobres de la población, y brinda información sobre factores institucionales que afectan el uso de servicios básicos por los grupos más vulnerables. Esta información ayuda a identificar aspectos del sistema de provisión de servicios que influyen en la equidad de prestación de servicios del sistema y que podrían necesitar mejoras.

En esta sección se examina el patrón de uso de servicios preventivos y curativos básicos dirigidos a mujeres y a niños menores de 5 años: control prenatal, parto, control del niño después del nacimiento, inmunizaciones, tratamiento de diarrea, y tratamiento de infecciones respiratorias.

Asimismo, se examina la fuente de aprovisionamiento de servicios de planificación familiar y factores que afectan el uso de estos servicios. También se incluye una subsección sobre acciones de reestablecimiento de la salud de los mayores de 6 años.

El cuestionario de la encuesta de hogares incluyó preguntas sobre la incidencia de enfermedades. Si la respuesta fue positiva, se preguntó por las acciones tomadas para reestablecer la salud: se buscó atención fuera del hogar, en el hogar, o no se realizó ninguna acción. Para los casos en que se buscó atención fuera del hogar se preguntó por la fuente de provisión de servicios de salud y por diversos factores económicos que influyeron la decisión de elección del proveedor de servicios de salud, tales como, distancia al lugar de atención, costo de transporte y costo total de la atención.

Los resultados de esta sección se presentan por departamento y por nivel económico de los hogares. Los resultados se obtuvieron usando la muestra completa de 2,150 entrevistas de los departamentos de Cordillera, Misiones y Central.

### 9.1. Clasificación de los hogares por niveles económicos

Para clasificar los hogares por nivel económico se usó la información sobre las características de la vivienda y disponibilidad de bienes durables en el hogar. La encuesta de hogares recolectó información sobre disponibilidad de energía eléctrica, fuente de aprovisionamiento de agua, tipo de servicio sanitario, disponibilidad de teléfono, radio, televisor, video, refrigeradora, lavadora, auto particular, motocicleta, y el número de dormitorios en la vivienda. Para clasificar los hogares en base del nivel económico es necesario obtener un índice que resuma la información contenida en los 20 indicadores propuestos. Para ello se usó el método de componentes principales. Este método permite obtener un índice resumen sin necesidad de recurrir a un conjunto arbitrario de factores de ponderación. Este procedimiento

estadístico obtiene los factores de ponderación en base a la correlación existente entre los distintos indicadores usados. De ese modo, este método genera la combinación lineal ponderada de indicadores que mantiene la mayor información proporcionada por el conjunto de indicadores<sup>27</sup>.

Además, este método se eligió pues en la encuesta de salida de clientes se recolectó el mismo tipo de información sobre características de la vivienda y disponibilidad de bienes durables en el hogar de los clientes. De ese modo, al combinar los factores de ponderación usados para clasificar a la población obtenidos de la encuesta de hogares con los datos de la encuesta de clientes fue posible identificar el estrato económico de los clientes de los establecimientos de salud. Esta información es de gran utilidad para identificar los grupos de la población que hacen mayor uso, o menor uso, de los servicios de salud. Esto es particularmente importante para el sistema de salud público que está dirigido a los sectores menos favorecidos de la sociedad.

El índice obtenido por este método permite ordenar los hogares e identificar quintiles de hogares. Se llamará “pobres” a los hogares del quintil I (20% de hogares con menor nivel económico) y “ricos” a los hogares del quintil V (20% de hogares con mayor nivel económico).

---

<sup>27</sup> Este método ha sido propuesto por investigadores del Banco Mundial (Filmer y Pritchett, 1998; “Estimating wealth effects without income or expenditure data—or tears: Educational enrollment in India,” World Bank Policy Research Working Paper No. 1994; y, Filmer y Pritchett, 1999, “The effect of household wealth on educational attainment: evidence from 35 countries,” *Population and Development Review* 25(1). Estos investigadores demuestran que el índice obtenido por esta metodología produce ordenamientos de hogares similares a los obtenidos por medidas del gasto de consumo per capita del hogar. Adicionalmente, este indicador es más adecuado para obtener ordenamientos de hogares que no consideren la influencia del componente transitorio del ingreso. Asimismo, el indicador es menos afectado por problemas de error de medición, que si afectan las mediciones de gasto de consumo.

## 9.2 Cuidado pre-natal

### 9.2.1. *Uso de servicios de cuidado pre-natal*

En los tres departamentos un alto porcentaje de mujeres reportó haber tenido control pre-natal durante el embarazo del último hijo nacido vivo en los 5 años previos a la encuesta. Como muestra el Cuadro 9.1, un 96.5% del total de mujeres embarazadas realizó un control pre-natal durante el embarazo. Los tres departamentos muestran niveles altos de control pre-natal. En todos ellos al menos el 94% de las mujeres que tuvieron un embarazo en los cinco años previos a la encuesta tuvo control pre-natal.

Cuando se analiza la demanda de servicios de cuidado pre-natal por grupo económico no se observa una diferencia significativa entre los grupos en cuanto a si las mujeres tuvieron un control pre-natal. El Cuadro 9.1 también indica que 93% de las mujeres embarazadas más pobres tuvo al menos un control pre-natal, mientras que para el 20% más rico casi la totalidad de las mujeres embarazadas (98.4%) asistió a consultas de cuidado pre-natal.

### 9.2.2. *Lugar de atención*

El 62.8% del cuidado pre-natal se realizó en establecimientos de salud del MSPBS. En los tres departamentos, los establecimientos del Ministerio fueron los principales fuentes de servicios del control pre-natal. En Cordillera un 82.5% de los controles se realizaron en dichos establecimientos. Este porcentaje es un poco menor en Misiones y Central, con 67.9% y 57.5%, respectivamente. Los hospitales y sanatorios privados realizaron un 19.6% de los controles de cuidado pre-natal. Central es el departamento que muestra una mayor participación de este tipo de centros privados, 24.9%. Cuidado pre-natal en centros privados fue mayor en Central que en los otros dos departamentos.

La mayoría de las mujeres pobres embarazadas recibió control pre-natal en establecimientos del MSPBS (85.9%). Solamente una de cada cuatro mujeres embarazadas (25%) del grupo más rico recibió atención pre-natal en estos centros públicos. Esto indica que el subsidio directo a los proveedores de salud beneficia a una alta propor-

**Cuadro 9.1: Control pre-natal del último niño vivo nacido en los 5 años anteriores a la encuesta: Patrones y frecuencia de uso, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
% que recibieron atención pre-natal	96.5%	94.6%	96.7%	93.0%	94.7%	99.1%	100.0%	98.4%	96.5%	700
Lugar donde recibieron el control										
Establecimientos del MSPBS	82.5%	67.9%	57.5%	85.9%	78.6%	60.7	47.1%	25.0%	62.8%	425
Sanatorio/hospital privado	4.7%	5.7%	24.9%	1.6%	12.5%	22.6	27.6%	44.1%	19.6%	132
Hospital de Clínicas	0.6%	0.2%	1.2%	1.2%	0.5%	1.3	1.2%	1.0%	1.0%	7
Cruz Roja	3.5%	0.0%	2.6%	2.5%	1.8%	2.9	5.5%	0.7%	2.6%	17
Establecimientos del IPS	2.8%	2.8%	5.0%	0.3%	1.7%	7.3	8.1%	7.5%	4.4%	29
Hospital militar o policial	1.4%	0.3%	1.7%	1.6%	0.0%	0.3	3.1%	3.2%	1.5%	10
Clínica de la familia-CEPEP	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.6%	0.9	0.0%	0.5%	0.4%	3
Consultorio privado	0.6%	1.6%	5.3%	0.2%	1.1%	0.0	6.6%	17.2%	4.3%	29
Obstetra profesional	0.0%	0.8%	0.6%	0.0%	0.0%	1.7	0.5%	0.4%	0.5%	3
Partera chae	0.8%	0.5%	0.2%	1.2%	0.0%	0.0	0.0%	0.0%	0.3%	2
Otro	3.1%	20.8%	0.3%	5.6%	3.2%	2.2	0.4%	0.4%	2.7%	18
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	675
<b>Meses de embarazo antes del primer control</b>										
Promedio	3.07	3.02	2.47	3.49	2.64	2.29	2.49	1.92	2.63	675
Mediana	3	3	2	3	2	2	2	1	2	
Número de casos	119	61	495	163	162	132	102	116	675	
Número de controles durante el embarazo (%)										
1	2.0%	2.9%	3.3%	5.2%	1.9%	4.4%	2.8%	0.0%	3.0%	20
2-3	10.3%	16.7%	5.4%	16.0%	9.5%	3.6%	2.5%	0.6%	7.3%	49
4	10.6%	8.2%	4.1%	11.9%	4.1%	1.6%	2.8%	5.8%	5.6%	38
≥ 5	77.1%	72.3%	87.3%	66.9%	84.4%	90.4%	91.9%	93.6%	84.1%	568
% de mujeres vacunadas contra el tétano	96.1%	96.0%	96.3%	95.1%	98.2%	93.7%	93.9%	99.8%	96.2%	698

ción de los grupos pobres pero que una parte también esta beneficiando a personas con mayores niveles económicos. En contraste, solamente 1.6% de las mujeres embarazadas pobres usó sanatorios o hospitales privados, mientras que 44.1% de los ricos usó este tipo de centro.

### 9.2.3. Patrones y frecuencia de uso de servicios de cuidado pre-natal

En promedio, las mujeres esperaron 2.6 meses para acudir a su primer control pre-natal. En Central, el 50% de las mujeres esperó menos de 2 meses, mientras que en Cordillera y Misiones esperaron menos de 3 meses. Un 84.1% de las mujeres recibió 5 ó más controles durante su embarazo. Dicho porcentaje fluctuó entre 72.3% en Misiones y 87.3% en Central. Como muestra

el Cuadro 9.1, por encima del 96% de las mujeres en los tres departamentos fueron vacunadas contra el tétano durante el embarazo.

Si bien es cierto que no existen diferencias marcadas entre ricos y pobres en cuanto a si la mujer embarazada realizó al menos un control pre-natal, cuando se examinan las cifras de frecuencia de uso por nivel económico, las diferencias se hacen significativas. Un 50% de las mujeres embarazadas pobres esperó hasta 3 meses para hacerse el primer control, mientras que el 50% de las mujeres más ricas sólo esperó 1 mes. Un 93.6% de las mujeres ricas se hizo al menos 5 controles; sólo 66.9% de las mujeres pobres tuvo un similar número de controles pre-natales. Note que 21.2% de las mujeres más pobres tuvo menos de 3 controles mientras que apenas 0.6% de las

**Cuadro 9.2: Control pre-natal del último niño vivo nacido en los 5 años anteriores a la encuesta: Determinantes económicos de uso, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Tiempo que le tomó para llegar al lugar donde recibió el último control</b>										
Promedio (minutos)	55.4	34.8	43.0	47.5	52.1	56.0	32.3	26.8	44.5	667
Mediana	30	30	30	30	20	30	20	20	30	
Número de casos	117	61	489	160	161	132	101	113	667	
<b>Pago en transporte para llegar de su casa al lugar donde recibió el último control</b>										
Promedio (Guaraníes)	14944.8	2183.6	5876.69	11680	1862.3	15904	1664.41	3181.79	7216.39	641
Mediana	700	0	650	700	700	650	450	0	650	
Número de casos	119	61	460	160	160	123	85	113	641	
<b>Pago total por el último control incluyendo medicamentos, honorarios profesionales, hospitalización, etc. (%)</b>										
0 (Guaraníes)	26.4%	18.7%	27.8%	25.3%	11.1%	26.0%	26.5%	49.6%	26.7%	173
1-3000	48.8%	34.9%	30.2%	47.9%	49.4%	23.3%	35.5%	5.1%	33.8%	219
3001-6000	1.0%	10.0%	8.2%	8.6%	5.8%	10.8%	7.3%	2.7%	7.2%	46
6001-15000	7.2%	18.5%	5.9%	7.8%	9.8%	9.1%	6.5%	1.8%	7.3%	47
15001-40000	9.5%	9.2%	13.0%	5.6%	12.8%	16.6%	10.3%	16.5%	12.1%	78
>40000	7.2%	8.7%	14.9%	4.9%	11.1%	14.3%	13.9%	24.3%	13.0%	84
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	647

mujeres ricas tuvo ese mismo número de controles. Un resultado positivo es que en todos los quintiles de la distribución de nivel económico más de 93% de las mujeres recibió la vacuna tétano toxoide durante el embarazo.

#### 9.2.4. Determinantes económicos del uso de servicios de control pre-natal

El Cuadro 9.2 presenta tanto los costos directos (aranceles, medicamentos) como los costos indirectos (costos de transporte, tiempo de viaje) incurridos en la búsqueda de la atención pre-natal.

Los costos indirectos de buscar control pre-natal para las mujeres más pobres fueron significativamente más altos que para el quintil más rico de la población. Como muestra el Cuadro 9.2, el 50% de las mujeres embarazadas pobres necesitó menos de 30 minutos para llegar al sitio de atención. El costo promedio de transporte fue de

7,216 Guaraníes (US\$ 2.56)<sup>28</sup>, estando en un rango de 2,184 Guaraníes (US\$0.78) en Misiones hasta 14,945 (US\$ 5.31) en Cordillera. En Misiones, 50% de las mujeres reportó no haber pagado por transporte, mientras que en Cordillera y Central la mediana del costo de transporte fue 700 Guaraníes (US\$0.25).

Los costos indirectos de buscar control pre-natal para las mujeres más pobres fueron significativamente más altos que para el quintil más rico de la población. El 50% de las mujeres embarazadas pobres necesitó menos de 30 minutos para llegar al sitio de atención y pagó alrededor de 700 Guaraníes (US\$0.25) por transporte. El 50% del quintil más rico tomó menos de 20 minutos para llegar al sitio de atención y reportó no haber pagado nada en transporte. A pesar de que el costo de oportunidad de asistir al médico (en términos

<sup>28</sup> Las cifras en US Dólares usan el tipo de cambio de US\$ 1 = 2,815 Guaraníes.

de salario no percibido) para una persona del quintil más rico es potencialmente mayor que para una persona pobre, en términos de la utilidad de ese ingreso, el costo es mayor para la persona más pobre.

En general, los costos directos de la atención prenatal fueron bajos. En los tres departamentos, alrededor del 60% de las mujeres gastó entre 0 y 3,000 Guaraníes (US\$1.07) en la última visita, debido a que la mayoría de mujeres acudió a establecimientos públicos. Hubo variación por departamento. Cerca del 74% de las mujeres embarazadas en Cordillera gastaron entre 0 y 3,000 Guaraníes (US\$1.07) comparado con 53% en Misiones y 58% en Central. Finalmente, 14.9% de las mujeres en Central reportó haber gastado más de 40,000 Guaraníes (US\$14.21) por la atención recibida. Dicho porcentaje es compatible con el hecho de que un mayor porcentaje de mujeres en este departamento reportó haber asistido a centros privados para recibir el control pre-natal.

El cuadro 9.2 muestra que 73.2 % de las mujeres más pobres pagó menos de 3,000 Guaraníes (US\$1.11) por la atención pre-natal recibida, mientras que para el quintil más rico dicho porcentaje es de 54.7%. Sin embargo, 49.6% de las mujeres más ricas reportó no haber pagado nada por la atención de cuidado pre-natal mientras que sólo el 25.3% de las más pobres reportó no haber pagado nada.

## **9.3 Parto**

### **9.3.1 *Uso de servicios relacionados con el parto***

El Cuadro 9.3 muestra que la mayoría de los partos del último niño nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta ocurrieron en establecimientos de salud públicos o privados (82.7% del total de partos). Hubo significativa variación regional. En Central, 91.4% de los nacimientos en los previos cinco años ocurrió en establecimientos de salud, en comparación con 57.6% en Misiones. La mayoría de nacimientos ocurrió en establecimientos del MSPBS: 47.8% en Central, 45.4% en Cordillera, y 43.6% en Misiones. Central tiene la

proporción más alta de nacimientos en establecimientos privados, 23.6%, mientras que en Cordillera y Misiones el porcentaje fue 7.5% y 10.5%, respectivamente.

El 17.3% del total de partos fueron en el domicilio o en otro sitio (no en establecimientos de salud). Existe, sin embargo, una notable variación regional en la distribución del lugar donde se tuvo el parto. El mayor porcentaje de partos domiciliarios se presenta en Cordillera (33.3%) seguido por Misiones (24.4%). En Central, sólo un 5.4% de los partos fueron domiciliarios. Esto es producto del mayor nivel de urbanización de Central en relación a los otros departamentos.

En cuanto a patrones de uso según nivel económico se observa que para todos los quintiles la mayoría de los partos fueron institucionales. Sin embargo, la diferencia entre partos institucionales y domiciliarios aumenta en la medida que el nivel económico crece. Como se observa en el Cuadro 9.3, en el 20% más pobre los partos institucionales representaron un 59% del total de partos, mientras que para el quintil más rico los partos institucionales fueron 98.9%. La mayoría de los partos institucionales en todos los niveles económicos ocurrieron en establecimientos públicos. Como era de esperarse, el quintil más rico usó más frecuentemente establecimientos privados que el quintil más pobre, 47.9% y 3.5% del total de partos, respectivamente. Menos de 1% de los partos del quintil más rico ocurrieron en el hogar, mientras que 35.7% de los del quintil más pobre lo fueron.

### **9.3.2 *Asistencia en el parto***

La mayoría de los partos institucionales fue asistido por médicos (67.4%), en tanto que Obstetras asistieron 30.9%. En Central la mayoría de los partos institucionales fue asistido por médicos (72.2%), mientras que en Misiones y Cordillera ese porcentaje es menor, 49.3% y 46.6%, respectivamente. Los obstetras fueron predominantes en los partos de Misiones y Cordillera.

**Cuadro 9.3: Lugar de atención, tipo de asistencia profesional y porcentaje de partos por cesárea del último niño nacido vivo en los últimos 5 años: Patrones y frecuencia de uso, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
Partos institucionales										
<b>Público/Semi-Público:</b>										
Establecimientos del MSPBS	45.4%	43.6%	47.8%	51.3%	56.7%	51.3%	45.0%	23.6%	47.0%	329
Cruz Roja	3.2%	0.0%	6.4%	2.4%	7.5%	6.7%	8.7%	1.5%	5.2%	37
Hospital del IPS	3.0%	3.1%	11.6%	0.9%	2.4%	13.1%	15.5%	22.0%	9.3%	65
Hospital Militar/Policial	1.3%	0.3%	2.0%	0.9%	0.4%	1.2%	3.1%	4.0%	1.7%	12
Subtotal Público/Semi-Público	52.9%	47.1%	67.7%	55.5%	66.9%	72.3%	72.2%	51.0%	63.2%	443
Establecimientos privados	7.5%	10.5%	23.6%	3.5%	15.0%	19.4%	22.3%	47.9%	19.6%	137
Subtotal: Partos institucionales	60.4%	57.6%	91.4%	59.0%	82.0%	91.7%	94.5%	98.9%	82.7%	580
<b>Partos Domiciliarios</b>										
Obstetra	1.8%	4.5%	1.7%	6.0%	0.5%	1.6%	0.7%	0.0%	2.0%	14
Partera	25.8%	16.6%	2.9%	26.4%	4.8%	1.9%	0.0%	0.4%	8.2%	57
Familiares	2.2%	3.3%	0.3%	2.4%	0.4%	0.0%	1.2%	0.0%	0.9%	6
Sola	3.5%	0.0%	0.6%	0.9%	2.6%	0.8%	0.0%	0.0%	1.0%	7
Subtotal: Partos Domiciliarios	33.3%	24.4%	5.4%	35.7%	8.3%	4.3%	1.9%	0.4%	12.1%	84
Otros localidades	6.3%	18.1%	3.2%	5.3%	9.7%	4.1%	3.6%	0.7%	5.2%	36
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	700
<b>Profesional que asistió el parto</b>										
Médico	46.6%	49.3%	72.2%	49.6%	68.9%	62.5%	79.9%	76.2%	67.4%	391
Obstetra	49.5%	46.5%	26.7%	45.2%	30.7%	37.5%	16.7%	23.6%	30.9%	179
Enfermera	1.9%	4.3%	1.1%	3.5%	0.4%	0.0%	3.5%	0.2%	1.3%	8
Auxiliar de enfermería	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Otro	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
No sabe/No recuerde	2.0%	0.0%	0.0%	1.8%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	2
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	580
<b>% de partos institucionales por cesárea</b>	30.3%	28.0%	28.3%	27.7%	21.8%	35.6%	27.0%	31.0%	28.5%	580

En todos los niveles económicos la mayoría de los partos institucionales fue realizado por médicos. Para el 20% más rico, un 76.2% del total fue realizado por médicos, mientras que en el quintil más bajo, los médicos asistieron un 49.6% de los partos institucionales.

De los partos domiciliarios, 12.1% del total, la mayoría fue realizado por parteras. Las parteras asistieron 8.2% de todos los partos. Por departamento, la proporción de partos asistidos por parteras varió de 25.8% en Cordillera a 2.9% en Central.

### 9.3.3 Partos por Cesárea

El 28.5% del total de partos institucionales fue por cesárea. En los tres departamentos el porcentaje de partos por cesárea es muy similar. Hubo poca variación en la incidencia de cesárea por grupo económico.

### 9.3.4 Factores en la selección del lugar de atención

Del total de 700 partos reportados, 18.3% se realizaron en lugares donde la madre no planeaba tenerlo. Como muestra el Cuadro 9.4, las razones más citadas por la cual el parto no se realizó en el

**Cuadro 9.4: Razón principal porque no tuvo el parto donde había planeado, por departamento y quintil económico**

Razones	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
Porque no la atendieron	8.4%	1.8%	27.2%	4.0%	39.3%	18.0%	48.3%	0.0%	21.2%	27
Porque le refirieron	28.2%	33.8%	18.2%	33.5%	20.3%	22.6%	40.1%	0.6%	21.5%	28
Porque estaba cerrado	2.0%	3.2%	1.1%	2.6%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%	1.4%	2
No tuvo tiempo para llegar	39.4%	26.9%	18.3%	41.4%	23.3%	25.0%	0.0%	6.3%	23.8%	31
No tuvo transporte	1.4%	9.9%	0.3%	3.5%	0.6%	0.0%	0.0%	1.1%	1.1%	2
Muy caro	11.0%	2.7%	6.6%	0.0%	8.9%	8.6%	2.1%	13.9%	7.4%	10
Miedo del centro de salud	0.8%	4.3%	7.3%	1.2%	0.5%	22.9%	0.0%	0.0%	5.6%	7
Otras	8.9%	17.4%	21.0%	13.7%	4.6%	3.0%	9.4%	78.2%	18.0%	21
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	128

sitio planeado fueron: no tuvo tiempo para llegar (23.8%), porque la refirieron (21.5%) y porque no la atendieron (21.2%). El horario de las instituciones no parece ser un factor muy importante que impida que el parto ocurra en el sitio planeado. Sólo un 1.4% de las mujeres indicó ésta como la principal razón por la cual no tuvo el parto donde lo deseaba.

El análisis por departamento indica que en Central un significativo número de partos no se realizó en el lugar planeado debido a que no atendieron a la mujer al momento de llegar. En efecto, 27.2% de los partos realizados en lugares distintos al planeado fue debido a esta razón. Dicho porcentaje son de 8.4% y 1.8% para el caso de Cordillera y Misiones, respectivamente. En Cordillera la principal razón por la cual el parto no se realizó en el lugar deseado fue debido a que la mujer no tuvo tiempo para llegar al lugar (39.4%). En Misiones la razón principal fue porque la mujer fue referida (33.8%). En 9.9% de los casos de Misiones reportó la falta de transporte como la causa de no tener el parto donde lo deseaba. Este porcentaje en mucho mayor al reportado en Cordillera y Central y quizás refleja el mayor nivel de ruralidad existente en este departamento.

Como muestra el Cuadro 9.4, el quintil más pobre reporta la falta de tiempo para llegar (41.4%) y el hecho de que fueron referidas (33.5%) como las principales razones por la cual no tuvieron el parto donde lo deseaban. Para el quintil más rico, la razón más importante fue el precio (13.9%) o porque no tuvo tiempo para llegar (6.3%). Las

mujeres en el quintil más rico no reportaron como importantes las causas institucionales tales como: no la atendieron, la refirieron o estaba cerrado. En contraste, para el quintil más pobre, el 40% de los partos no efectuados en el lugar planeado se debió a estas razones.

Como muestra el Cuadro 9.5, el 54.3% de los partos no ocurrió en el lugar más cercano a la casa. En Misiones, sin embargo, 47.2% de los partos ocurrió en el lugar más cercano a la casa, seguido por Central (34.4%) y Cordillera (31.5%). En Central, 61.9% de los partos se realizó en un lugar que no fue el más cercano a la casa, comparado con el porcentaje de partos en esta misma categoría en Cordillera (35%) y Misiones (30.9%). En relación a la selección del proveedor por nivel económico con respecto a la distancia de la casa, el Cuadro 9.5 indica que un 32.3% de los partos del quintil más pobre se realizó en el lugar más cercano a la casa, mientras que para el 20% más rico fue sólo de un 18.1%. Los más ricos reportaron tener un mayor grado de alternativas al momento de escoger el proveedor de servicios de parto y la distancia con respecto a la casa no fue un factor preponderante en la selección del proveedor.

En Misiones y Central, el bajo nivel de calidad fue la principal razón por la cual no se tuvo el parto en el lugar más cercano a la casa. Por su parte en Cordillera, fue porque debía hacerse cesárea (24.4%). Para el quintil más rico, la mala calidad del establecimiento (23%) así como la tenencia de seguro (36.7%) fueron las principales razones por

**Cuadro 9.5: Razones de no escoger el lugar más cercano a la casa para tener el parto, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Escogió el lugar más cercano a la casa para tener el parto</b>										
Si	31.5%	47.2%	34.4%	32.3%	46.9%	41.7%	31.0%	18.1%	35.1%	245
No	35.0%	30.9%	61.9%	36.8%	44.6%	55.6%	67.3%	81.3%	54.3%	379
Parto domiciliario	33.5%	21.9%	3.7%	31.0%	8.5%	2.7%	1.7%	0.6%	10.7%	75
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	699
<b>Razones por la cuales no tuvieron el parto en el lugar más cercano</b>										
Mala calidad	8.6%	21.1%	20.1%	14.5%	10.4%	19.5%	25.7%	23.0%	18.8%	71
Muy caro	10.1%	12.1%	7.5%	11.8%	9.2%	5.3%	4.3%	9.4%	8.1%	31
No la recibieron	10.5%	4.0%	8.8%	7.2%	28.5%	8.1%	1.1%	0.0%	8.7%	33
Tuvo seguro de IPS	4.7%	5.8%	15.6%	0.5%	5.4%	20.3%	18.1%	21.4%	13.8%	53
Tuvo seguro privado	4.4%	3.5%	10.9%	2.6%	13.7%	4.0%	10.8%	15.3%	9.8%	37
Debía hacerse cesárea	24.4%	19.1%	8.6%	23.7%	8.9%	16.0%	6.4%	3.3%	10.9%	41
Confiaba en la partera	12.0%	19.1%	13.7%	17.3%	14.1%	9.6%	20.6%	9.6%	13.8%	52
Otras	25.4%	15.4%	14.8%	22.4%	9.9%	17.3%	13.0%	17.9%	16.1%	61
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	379

la cual no escogieron el establecimiento cercano. Por su parte, el quintil más pobre reportó como principales razones para no tener el parto en el sitio más cercano: debía hacerse cesárea (23.7%) y confiaba en la partera (17.3%). Un porcentaje relativamente alto de mujeres en los dos quintiles más pobres declaró que no tuvieron el parto en el lugar más cercano porque no las recibieron. En el caso del 20% más rico nadie reportó éste como un factor que le impidió tener el parto en el lugar más cercano.

### 9.3.5. *Determinantes económicos del uso de servicios relacionados con el parto*

El Cuadro 9.6 muestra que el 50% de las personas viajó hasta 30 minutos para llegar al lugar de atención del parto. Misiones reporta la menor mediana del tiempo de viaje, 15 minutos, mientras que en Cordillera el 50% de las personas viajó hasta tres veces el tiempo medio reportado en Misiones. En Central el 50% de las personas viajó hasta 30 minutos para llegar al lugar de atención. El 50% de las personas en los tres departamentos reportó que no les costó el transporte. Como era de esperarse, en Cordillera se observa el mayor gasto promedio de transporte, 7,439 Guaraníes

(US\$2.64), lo cual es reflejo del mayor tiempo de viaje reportado en este departamento.

Los grupos más ricos reportaron un menor costo indirecto para la búsqueda de atención del parto. En efecto, el 20% más rico viajó menos y pagó menos en transporte que el 20% más pobre.

Un 20.7% de las personas no pagó por la atención del parto. Tanto en Cordillera como en Central alrededor de un 20% de los partos fueron atendidos sin costo alguno. En Misiones, sin embargo, sólo se reportó 13.4% de los partos sin pago. La mayor concentración de partos más caros se observa en Central lo cual es producto que en este departamento se realizaron más partos institucionales asistidos por médicos.

En cuanto a los costos directos, los ricos pagaron más que los pobres. Sin embargo, una significativa proporción de los partos del quintil más rico (37.6%) fue realizado sin costo, mientras que sólo un 17.6% de los partos del quintil más pobre fue realizado sin cobro alguno. Esto refleja cierto carácter regresivo del uso de recursos públicos para el financiamiento de servicios relacionados con el parto.

**Cuadro 9.6: Determinantes económicos del parto institucional del último niño nacido vivo en los últimos 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Tiempo de viaje</b>										
Promedio (minutos)	285.8	31	35	79	130	38	35	28	67	619
Mediana	45	15	30	30	30	30	30	30	30	30
Número de casos	79	51	489	116	155	129	101	118	619	
<b>Costos de transporte</b>										
Promedio (Guaraníes)	7,439.4	3,606.4	4,324.0	10,382.4	4,354.8	4,783.3	2,844.5	718.5	4,688.1	619
Mediana	0	0	0	500	0	700	0	0	0	
Número de casos	79	51	489	116	155	129	101	118	619	
<b>Pago total por la atención (honorarios profesionales, medicamento)</b>										
0 (Guaraníes)	21.6%	13.4%	21.4%	17.6%	12.3%	17.2%	28.0%	37.6%	20.7%	137
1-30,000	24.1%	29.6%	9.5%	24.4%	13.4%	3.0%	17.4%	8.0%	14.1%	94
30,001-80,000	24.3%	29.3%	10.4%	24.5%	22.2%	9.5%	4.1%	2.8%	14.8%	99
80,001-200,000	11.1%	13.5%	27.2%	18.9%	29.1%	32.0%	18.7%	11.7%	22.9%	153
200,001-400,000	6.0%	7.3%	10.3%	5.3%	8.7%	16.6%	11.0%	5.5%	9.2%	62
>400,000	12.9%	6.9%	21.2%	9.3%	14.3%	21.7%	20.9%	34.5%	18.3%	122
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	667

## 9.4 Cuidado Post-Natal

### 9.4.1. Patrones de uso de servicios de cuidado post-patal

Como muestra el Cuadro 9.7, en los tres departamentos, el porcentaje de niños nacidos en los cinco años previos a la encuesta que fue llevado a control post-natal fue mayor del 96%. Asimismo, en los tres departamentos 50% de los niños fue llevados al primer control antes de los 7 u 8 días de nacido. En total, 89.4% de los niños fue reportado sano en su primer control post-natal. En Cordillera, sin embargo, 16.7% de los niños fue reportado enfermo al momento de llevarlo al primer control post-natal.

En todos los niveles económicos, más de 91% de los niños recibieron control post-natal. Sin embargo, 9% de los niños pertenecientes al quintil más pobre no recibió cuidado post-natal mientras que casi la totalidad de los niños más ricos recibió este control. Más importante aun, niños del quintil más rico recibieron el primer control post-natal antes que los niños del quintil más pobre. Probablemente, este mayor tiempo de espera sea un

factor que explique que un 14% de los niños más pobre estaban enfermos, mientras que sólo un 10% de los niños más ricos, al momento de la visita.

La mayoría (71.1%) de los niños fueron llevados a centros públicos y semi-públicos para el control post-natal. Sin embargo, en Central sólo un 66.9% asistió a centros públicos mientras que en Misiones y Cordillera tales porcentajes son de 75.5% y 87.2% respectivamente. Tal resultado es compatible con el hecho que Central es el departamento que refleja un mayor índice de urbanización y mayores niveles de ingreso per-capita.

Los quintiles más pobres usaron más intensamente los centros públicos del MSPBS: entre 82.7% y 89.3% de los niños menores de cinco años de estos grupos recibió el control en estos establecimientos, mientras que sólo un 17.9% de los niños más ricos uso tales centros públicos. La mayoría de los niños pertenecientes al quintil más rico usó los centros privados como principal proveedor de servicios de cuidado post-natal.

**Cuadro 9.7: Uso de servicios de cuidado post-natal entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
% de niños que fueron llevados al control del recién nacido	96.4%	91.3%	97.1%	91.3%	96.7%	97.3%	99.4%	99.9%	96.4%	701
<b>Tiempo que transcurrió para llevar al niño recién nacido a su primer control</b>										
Promedio (días)	17	16	13	18	16	13	11	12	14	671
Mediana	8	8	7	8	8	8	7	7	8	
Número de casos	120	59	492	160	165	130	101	115	671	
<b>Estado de salud del niño</b>										
Enfermo	16.7%	8.6%	9.4%	14.0%	11.5%	8.2%	8.0%	10.0%	10.6%	72
Sano	83.3%	91.4%	90.6%	86.0%	88.6%	91.8%	92.0%	90.0%	89.4%	603
<b>Lugar de Atención Establecimientos</b>										
<b>Públicos/Semi-Públicos</b>										
MSPBS	81.8%	73.2%	55.7%	89.3%	82.7%	54.2%	46.4%	17.9%	61.7%	413
Cruz Roja	2.9%	0.0%	3.9%	2.3%	2.9%	8.8%	2.9%	0.0%	3.4%	23
IPS	1.1%	2.0%	5.9%	0.3%	2.4%	4.8%	10.8%	8.3%	4.7%	32
Hospital Militar/Policial	1.4%	0.3%	1.5%	1.1%	0.0%	0.3%	2.2%	4.0%	1.3%	9
Subtotal: Público/Semi-Público	87.2%	75.5%	66.9%	92.9%	88.0%	68.1%	62.3%	30.3%	71.1%	476
<b>Privado</b>	9.0%	21.0%	21.3%	5.9%	9.8%	25.9%	22.7%	48.8%	19.2%	122
<b>Partera/Otro/No sabe</b>	3.9%	3.5%	11.7%	1.2%	2.2%	6.0%	15.0%	20.9%	9.7%	72
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	670

#### 9.4.2. Determinantes económicos del uso de servicios de cuidado post-natal

El Cuadro 9.8 muestra que en los tres departamentos, 50% de las personas viajó 30 minutos o menos para llegar al lugar de la consulta. El mayor tiempo promedio de viaje es reportado en Cordillera (46 minutos) mientras Misiones y Central reportan 29 minutos. El precio pagado en transporte oscila entre un promedio de 1,500 y 2,600 Guaraníes (US\$0.53-0.92). La mediana del pago por transporte fue de 600 Guaraníes (US\$0.21). En Misiones el 50% de los entrevistados no gastó en transporte para recibir cuidado post-natal.

Al quintil más pobre le tomó menos tiempo y pagó menos por el transporte para llegar al sitio de atención de control post-natal que al quintil más rico. En efecto, el 20% más pobre viajó 30 minutos (como mediana) y pagó 650 Guaraníes (US\$0.23), mientras que el 20% más rico sólo viajó 15 minutos (como mediana) y no pagó por transporte.

En cuanto a los costos directos de la atención post-natal, el Cuadro 9.8 muestra que 25% de los casos no pagó por la atención recibida. En cada departamento se observa un porcentaje similar. En Central, 29% de mujeres pagó más de 10,000 Guaraníes (US\$3.55) por la atención recibida, mientras que en Cordillera y Misiones dichos porcentajes son de 18.2% y 14.2%, respectivamente.

Un 23.5% del quintil más rico no pagó por el servicio del control post-natal. Para el quintil más pobre tal proporción fue de 26.5%. A pesar que similar proporción de personas ricas y pobres recibieron los servicios sin costo, la mayoría de las personas del quintil más pobre (53.9%) pagó menos de 2,000 Guaraníes (US\$0.74). En contraste, 54% de las personas más ricas pagó más de 10,000 Guaraníes (US\$3.55). Esto se debe a que los más ricos usaron con más frecuencia los servicios de centros privados.

**Cuadro 9.8: Determinantes económicos del uso de cuidado post-natal entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Tiempo de viaje</b>										
Promedio (minutos)	46	29	29	41	28	32	35	23	32	669
Mediana	30	20	20	30	20	30	30	15	30	
Número de casos	119	59	491	159	165	130	99	116	669	
<b>Costo de transporte</b>										
Promedio (Guaraníes)	1593.9	1551.8	2594.09	915.5	2152.6	7291.9	762	652.8	2302.4	669
Mediana	650	0	600	650	700	600	650	0	600	
Número de casos	119	59	491	159	165	130	99	116	669	
<b>Pago total por la atención (incluyendo medicamentos)</b>										
0 (Guaraníes)	25.9%	20.9%	25.0%	26.5%	18.1%	25.6%	32.9%	23.5%	24.8%	161
1-2,000	26.8%	34.5%	10.6%	27.4%	26.4%	8.3%	4.4%	3.4%	15.6%	101
2,001-5,000	25.5%	18.6%	33.4%	28.9%	40.8%	33.1%	32.5%	15.9%	30.7%	199
5,001-10,000	3.6%	11.8%	2.2%	6.2%	3.1%	2.1%	1.0%	2.8%	3.3%	21
>10,000	18.2%	14.2%	28.9%	11.1%	11.5%	31.0%	29.2%	54.4%	25.7%	167
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	648

## 9.5. Vacunación

Los resultados de esta sección deben de ser interpretados con cautela, ya que la pregunta en el cuestionario se refiere a los 6 meses anteriores a la encuesta y por lo tanto el número de respuestas negativas podría sobreestimar la falta de vacunación. Por ejemplo, un niño de 4 años que recibió todas sus vacunas en los dos años anteriores a la encuesta, daría una respuesta negativa.

### 9.5.1. Patrones de uso de servicios de vacunación

El 27.4% de los niños menores de cinco años encuestados no ha recibido ninguna vacuna en los últimos 6 meses (ver Cuadro 9.9). El porcentaje de niños vacunados es similar en cada uno de los departamentos incluidos en el estudio. Los porcentajes de vacunación por tipo de vacunas son muy similares en cada departamento. Cuando se observa la frecuencia de vacunación según nivel económico, se observa una pequeña diferencia entre el porcentaje de niños de nivel económico más alto que no recibieron vacunas (18.5%) y el porcentaje de niños de nivel económico más bajo que no recibieron vacunas (23.2%). En relación a las vacunas recibidas no se observa ninguna diferencia significativa según grupo económico.

La mayoría (69.7%) de los niños fue vacunados en establecimientos del MSPBS. Misiones reporta el mayor porcentaje de uso de centros públicos (80.4%), mientras que Cordillera y Central reportan 69% aproximadamente. La campaña de vacunación en las casas cubrió a un 9% de la población, mientras que las campañas fuera de la casa solo cubrió a un 4%. En Cordillera, la campaña de vacunación dentro de las casas llegó a cubrir 18.5% de los niños vacunados. En Misiones la campaña de vacunación dentro y fuera de las casas cubrió un porcentaje muy similar al total de los niños vacunados. En Central la campaña de vacunación en la casa cubrió aproximadamente al doble (7.5%) de los niños que cubrió la campaña fuera de la casa (2.9%).

Para todos los grupos económicos, los centros del MSPBS fueron los establecimientos más frecuentados para recibir la vacunación. El 77% de niños del quintil económico más bajo usó estos establecimientos comparado con 53.3% entre el grupo más rico. Casi un 22% del grupo económico más alto usó establecimientos privados para vacunación. Las campañas de vacunación cubrieron a un porcentaje mayor de niños del grupo económico más bajo (13.9%) que para los niños del grupo económico más alto (7%).

**Cuadro 9.9: Vacunación de niños menores de 5 años durante los 6 meses anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
% de niños que no recibió ninguna vacuna en los últimos 6 meses	27.6%	24.4%	27.7%	23.2%	40.4%	24.0%	28.7%	18.5%	27.4%	184
<b>Vacunas recibidas en los últimos 6 meses (%)</b>										
BCG	49.4%	51.9%	51.7%	46.7%	62.8%	48.6%	53.2%	47.5%	51.3%	250
DPT	48.4%	56.0%	61.5%	50.4%	70.6%	65.8%	44.1%	61.3%	58.7%	286
Sabin	54.3%	58.5%	60.6%	59.1%	70.0%	54.3%	47.8%	62.4%	59.3%	289
Sarampión	79.7%	84.4%	80.0%	83.8%	76.2%	79.9%	69.9%	87.7%	80.4%	392
Otros	2.7%	2.3%	0.9%	2.2%	0.6%	1.0%	0.8%	1.8%	1.4%	7
<b>Lugar de atención</b>										
Establecimientos del MSPBS	69.3%	80.4%	68.3%	77.00%	81.5%	60.5%	75.3%	53.3%	69.7%	339
Establecimientos privados	2.6%	11.7%	10.3%	1.70%	4.4%	18.3%	10.4%	13.3%	9.1%	44
Hospital de Clínicas	0.0%	0.0%	0.3%	0.00%	0.0%	0.0%	1.4%	0.0%	0.2%	2
Cruz Roja	0.0%	0.0%	0.9%	0.60%	0.6%	1.7%	0.4%	0.0%	0.7%	3
Establecimientos del IPS	0.0%	1.2%	1.6%	0.00%	0.3%	2.4%	2.4%	2.0%	1.2%	6
Hospital Militar/Policial	0.0%	0.0%	0.4%	0.00%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	0.3%	2
Clínica privada	0.0%	0.0%	7.2%	0.00%	0.3%	2.5%	3.0%	21.8%	5.3%	26
Campaña de vacunación fuera de la casa	8.8%	3.5%	2.9%	6.30%	5.9%	1.8%	4.4%	1.0%	4.0%	19
Campaña de vacunación dentro de la casa	18.5%	3.2%	7.5%	13.90%	5.1%	12.8%	2.7%	7.0%	9.0%	44
Otros	0.8%	0.0%	0.5%	0.50%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	2
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.00%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	487

### 9.5.2. Determinantes económicos en el uso de servicios de vacunación

El Cuadro 9.10 muestra que en Cordillera el 50% de los clientes viajó al menos 30 minutos para llegar al lugar de vacunación mientras que en los otros departamentos el 50% de las personas sólo viajó 15 minutos.

Las personas del grupo económico más bajo viajó más en promedio que las personas del grupo económico más alto y como resultado pagó más en transporte. El pago por transporte en Cordillera también fue mayor como era de esperarse debido al mayor tiempo de viaje.

Alrededor del 85-90% de las personas en Cordillera y Misiones, y 80% en central, que llevaron a sus niños a la vacunación no pagaron. El 91.9% de las personas en el quintil económico más bajo no pagaron por el servicio, mientras que un 66.3% de las personas del grupo económico más alto no

pagaron. Debido a que las personas más ricas de la población asistieron con más frecuencia a centros privados, el quintil más alto de la población pagó en promedio una mayor cifra por vacunación.

## 9.6. Diarrea

### 9.6.1. Prevalencia de diarrea

Un 14.5% de los niños menores de cinco años tuvo al menos un episodio de diarrea en las cuatro semanas previas a la encuesta (ver Cuadro 9.11). Cordillera es el departamento que reporta la mayor prevalencia de diarrea (19.9%); mientras que Misiones y Central presentan una prevalencia menor (12.5% y 13.4% respectivamente). De los casos de diarrea reportados, el 62.2% declararon que la diarrea fue el problema de salud más severo. La menor proporción de estos casos de diarrea se encontró en Misiones (38%), en tanto que Cordillera y Central reportan una proporción

similar, alrededor del 63% del total de casos de diarrea reportados.

La prevalencia de diarrea fue mayor en el grupo más pobre (20.8% de los niños), mientras que ésta es menor en los niños que viven en hogares del quintil más rico (13.4% de los niños). Los pobres no sólo muestran una prevalencia mayor, sino que también reportaron que la diarrea fue el problema más severo que experimentó el niño en las cuatro semanas previas a la encuesta. El 75.2% de los casos de diarrea en los hogares más pobres fue reportado como el problema de salud más severo comparado con el 41% para el quintil más rico.

Entre aquellos niños que tuvieron diarrea como el problema de salud más severo, 50.1% experimentó vómitos durante el episodio de diarrea. El 50% de los entrevistados declaró que las síntomas de diarrea ocurrieron por primera vez hacía 7 días o menos. Niños en el quintil más pobre tuvieron síntomas de diarrea por primera vez en los 10 días anteriores a la encuesta. Estos resultados deberán interpretarse con cuidado debido al número reducido de casos.

### **9.6.2. Acciones tomadas para reestablecer la salud**

En la mayoría (79.4%) de los casos de diarrea se buscó atención fuera de la casa para resolver el problema de salud, sin embargo, existe una notable variación regional (ver Cuadro 9.12). En Central el 88.7% de los niños con diarrea obtuvo atención fuera de la casa mientras que en Cordillera dicho porcentaje fue de 56.1%.

Las acciones tomadas para reestablecer la salud varían notablemente por grupo económico. El 92.4% de los casos de diarrea en el quintil más rico buscaron atención fuera de la casa, mientras que para el quintil más pobre, solamente el 72.9% de los casos buscó atención fuera de la casa.

Un 39.5% de los casos que buscó atención fuera del hogar recurrió a establecimientos públicos, y los centros de salud fueron la principal fuente de

servicios. En Cordillera y Misiones, los establecimientos del MSPBS atendieron la mayoría de los casos de diarrea que buscó atención fuera del hogar, 53.4% y 87.7%, respectivamente.

El quintil más alto recurre a los centros de salud y a proveedores privados para el tratamiento de diarrea, mientras que un alto porcentaje de los casos del quintil más pobre recurre a otro tipo de establecimiento. Como se verá luego estos son mayoritariamente fuentes tradicionales de servicios de salud, por ejemplo, curanderos.

Como muestra el Cuadro 9.12, la distancia fue la razón principal por la cual la gente escogió el centro de atención en Cordillera y Misiones; en Central otros factores (reputación, experiencia pasada, disponibilidad, y tenencia de seguro) se mencionaron como las razones principales en la elección del centro de atención. Un 18.9% reportó el precio como una variable importante a la hora de decidir el proveedor de servicios para el tratamiento de diarrea.

Para el quintil más pobre, la distancia (34.8%) y la sugerencia de otra persona (44.7%) son los factores más importantes en la elección de proveedor. El precio a pagar fue mencionado por 12.2% de los casos del grupo más pobre. Para el quintil más rico nadie reportó el precio como el factor más importante en la elección de proveedor.

El proveedor más importante de servicios de tratamiento de diarrea fue el médico (74.9%). En Central dicho porcentaje es de 82.3% mientras que en Cordillera es de 50.2%. En Cordillera, las enfermeras atendieron un 35.1% de los casos. Cuando se analiza el tipo de proveedor por status económico, se observa que para el quintil más pobre de la población el curandero es un importante proveedor de servicios. En efecto, un 40.6% de los casos de diarrea en este quintil fue atendido por curanderos. Médicos y enfermeras atendieron 37% y 21.6%, respectivamente, de los casos en el quintil más pobre.

**Cuadro 9.10: Determinantes económicos de vacunación de niños menores de 5 años durante los 6 meses anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Tiempo de viaje</b>										
Promedio (minutos)	35	23	20	29.3	21	24	20	17	23	440
Mediana	30	15	15	20	15	15	20	15	15	
Número de casos	71	44	325	112	90	86	65	87	440	
<b>Costo de transportes</b>										
Promedio (Guaraníes)	573.8	451.8	779.2	618.18	1123.0	658.4	640.8	517.6	712.3	438
Mediana	500	0	0	720	0	0	0	0	0	
Número de casos	71	45	322	112	89	85	64	88	438	
<b>Pago total por la atención (incluyendo medicamentos)</b>										
0 (Guaraníes)	85.4%	90.7%	80.8%	91.9%	87.0%	78.8%	84.6%	66.3%	82.5%	460
1-1,000	0.0%	0.0%	0.2%	0.0%	0.2%	0.3%	0.3%	0.0%	0.2%	1
1,001-2,000	5.6%	1.9%	0.5%	2.3%	3.8%	0.1%	0.7%	0.0%	1.5%	8
2,001-10,000	6.7%	4.8%	6.3%	5.6%	5.6%	4.3%	10.9%	6.3%	6.3%	35
>10,000	2.3%	2.7%	12.3%	0.2%	3.5%	16.4%	3.6%	27.4%	9.6%	53
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	557

**Cuadro 9.11: Diarrea: Prevalencia y síntomas en las 4 semanas anteriores a la encuesta entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordi-llera	Misio-nes	Central	I	II	III	IV	V		
<b>% de niños que reportaron haber tenido diarrea en las últimas 4 semanas</b>	19.9%	12.5%	13.4%	20.8%	12.1%	14.2%	9.0%	13.4%	14.5%	670
Número de casos	24	8	65	35	19	18	9	16	97	
<b>% de niños con diarrea que reportaron la diarrea como el síntoma más severo</b>	62.9%	38.0%	64.6%	75.2%	61.5%	58.5%	57.4%	41.0%	62.2%	97
Número de casos	15	3	42	26	12	11	5	6	60	
<b>Síntomas reportados durante la diarrea</b>										
Moco y/o sangre	24.5%	44.3%	23.8%	24.6%	44.3%	30.9%	0.0%	0.0%	24.9%	60
Piel reseca y/o arrugada	21.6%	11.2%	10.8%	22.4%	0.0%	0.0%	0.0%	35.2%	13.5%	60
Ojos hundidos y sin lágrimas	26.0%	35.7%	26.7%	28.1%	0.0%	60.2%	0.0%	37.2%	27.0%	60
Labios secos	22.8%	32.3%	34.5%	22.3%	1.8%	64.5%	0.0%	92.4%	31.5%	60
Vómitos	22.1%	57.8%	60.5%	20.0%	46.8%	100.0%	97.3%	64.8%	50.1%	60
<b>Duración de la síntomas</b>										
Promedio (días)	10	3	10	10	8	16	1	4	9	60
Mediana	5	3	7	7	5	21	1	2	7	
Número de casos	15	3	42	26	12	11	5	6	60	

**Cuadro 9.12: Acciones tomadas fuera de la casa para tratar a la diarrea entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Acciones tomadas debido al problema de diarrea (sólo para aquellos que reportaron la diarrea como el problema más severo)</b>										
Atención fuera de la casa	56.1%	63.5%	88.7%	72.9%	60.2%	100.0%	97.3%	92.4%	79.4%	48
Atención dentro de la casa	20.9%	19.5%	11.3%	22.9%	17.0%	0.0%	0.0%	7.6%	14.1%	8
No obtuvo atención	23.0%	17.0%	0.0%	4.2%	22.8%	0.0%	2.7%	0.0%	6.5%	4
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	60
<b>Lugar de Atención</b>										
<b>Establecimientos del MSPBS</b>										
Hospital especializado	0.0%	0.0%	3.4%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.7%	1
Centro de Salud	20.4%	87.7%	30.3%	13.3%	30.0%	69.1%	4.9%	38.1%	30.6%	15
Puesto de Salud	33.1%	0.0%	0.4%	15.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.1%	3
Subtotal: Public	53.4%	87.7%	34.1%	35.4%	30.0%	69.1%	4.9%	38.1%	39.5%	19
Establecimientos privados	1.9%	0.0%	39.8%	0.0%	67.0%	30.9%	95.1%	40.3%	31.6%	15
Otros	44.7%	12.3%	26.1%	64.6%	3.0%	0.0%	0.0%	21.6%	28.9%	14
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	48
<b>Razones por la cuales escogió el lugar de atención</b>										
Distancia	42.4%	100.0%	25.2%	34.8%	30.0%	0.0%	0.0%	78.4%	29.3%	14
Sugerencia de otra persona	24.0%	0.0%	17.3%	44.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.8%	8
Precio a pagar	24.0%	0.0%	17.3%	12.2%	0.0%	60.0%	0.0%	0.0%	18.9%	9
Otras	9.6%	0.0%	40.2%	8.3%	70.0%	40.0%	100.0%	21.6%	34.0%	17
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	48
<b>% de niños que fueron hospitalizados debido a la diarrea</b>	22.4%	0.0%	5.5%	18.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.3%	48
Número de casos	2	0	2	4	0	0	0	0	4	
<b>Proveedor de la atención médica</b>										
Médico	50.2%	33.6%	82.3%	37.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	74.9%	36
Enfermera	35.1%	66.4%	0.0%	21.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.6%	4
Curandero	14.7%	0.0%	17.7%	40.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	16.5%	8
Total	100.0%	100.0%	100.0%	99.2%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	48
<b>% de personas que declaró que su estado de salud mejoró</b>	85.3%	100.0%	100.0%	95.3%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	97.4%	48

### 9.6.3. *Determinantes económicos del tratamiento de diarrea fuera de la casa*

La información recolectada en la encuesta indica que los costos indirectos (tiempo de espera y costos de transporte) de la búsqueda de atención para resolver el problema de diarrea fueron relativamente bajos. El 50% de los casos de diarrea que buscó atención fuera de la casa necesitó 15 minutos o menos para llegar a lugar de atención (ver Cuadro 9.13). La mediana reportada en los departamentos fue muy similar, entre 10 y 15 minutos. El transporte al lugar de atención no tuvo costo alguno para el 50% de los casos. Como muestra el Cuadro 9.13, el grupo más rico tardó más en llegar al lugar de atención y pagó más en transporte que el grupo más pobre. El 50% del quintil más rico de la población, pagó más de 10,000 Guaraníes (US\$3.55) en transporte y viajó al menos 20 minutos. En contraste, el 50% de las casos del grupo más pobre no pagó en transporte y el tiempo de viaje fue sólo de 10 minutos.

La mayoría de los casos de diarrea (52.4%) que buscó atención fuera de la casa pagó entre 0 y 5,000 Guaraníes (US\$1.78) por la atención médica, siendo Central el departamento donde se observan mayores gastos en la atención médica de casos de diarrea. En Central, un 26.8% de los casos declaró haber pagado más de 40,000 Guaraníes (US\$14.21) por la atención médica.

El Cuadro 9.13 contiene los gastos en atención médica para cada quintil de la distribución de ingresos. Un 31.5% de personas en el quintil más pobre gastó hasta 2,000 Guaraníes (US\$0.71) mientras que un 21.6% del quintil más rico se encuentra en esta categoría.

El 50% de los casos reportados pagó en medicinas hasta 45,000 Guaraníes (US\$15.99) para solucionar el problema de diarrea. La mediana y el promedio del costo de medicinas fue mayor para el quintil más pobre que para el más rico.

## 9.7 **Infección Respiratoria Aguda (IRA)**

Se reportó que un 58.6% de los niños menores de cinco años al momento de la encuesta había tenido por lo menos un síntoma de enfermedad respiratoria durante las últimas cuatro semanas (ver Cuadro 9.14). En el análisis sobre prevalencia, patrones de uso y variables económicas que afectaron la búsqueda de asistencia médica consideraremos los siguientes casos de IRA:

- Niños de los cuales sólo se reportaron síntomas de IRA durante las últimas 4 semanas.
- Niños de los cuales se reportaron otros síntomas además de IRA pero la enfermedad respiratoria fue la más severa.

Ambos casos involucran un 84.1% del total de niños que reportó al menos un síntoma de IRA. Para estos casos se observa una prevalencia de IRA del 50.9%.

### 9.7.1 *Prevalencia de IRA*

La prevalencia de IRA es igual para los departamentos de Misiones y Central (52.5%) y un poco más baja para el caso de Cordillera (43.2%). Como muestra el Cuadro 9.15, la prevalencia de IRA leve y moderada es similar, alrededor de 19%. Los casos graves de IRA representan el 12.1%. La composición de casos es más o menos similar para cada departamento; sin embargo, Misiones reporta un mayor porcentaje de casos moderados (27.8%) y un menor porcentaje de casos graves (9.7%).

Los niños del quintil más rico tuvieron una mayor prevalencia de casos de IRA (56%) que los niños del grupo más pobre (38.6%). El quintil más rico reportó una mayor proporción de casos graves (18.8%) mientras que el quintil pobre reportó un 9.4% de casos graves. Estas diferencias en la prevalencia de IRA entre los grupos económicos están relacionadas al distinto patrón de residencia, pues la gran mayoría de los grupos más ricos vive en áreas urbanas, mientras que los grupos más pobres se encuentran tanto en las áreas urbanas como en las rurales. La IRA ocurre con más frecuencia en áreas urbanas.



**Cuadro 9.15: IRA: Prevalencia y severidad entre niños menores de 5 años en las 4 semanas anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
% de niños sin ningún síntoma de IRA	56.8%	47.5%	47.5%	61.4%	40.8%	47.2%	50.0%	44.0%	49.1%	329
% de niños con síntomas de IRA	43.2%	52.5%	52.5%	38.6%	59.2%	52.8%	50.0%	56.0%	50.9%	341
Leve	16.5%	15.0%	21.1%	13.7%	20.3%	16.8%	27.9%	24.1%	19.7%	132
Moderado	14.6%	27.8%	19.0%	15.5%	33.0%	19.8%	8.7%	13.1%	19.1%	128
Severo	12.1%	9.7%	12.4%	9.4%	5.9%	16.2%	13.5%	18.8%	12.1%	81
<b>Duración de síntomas (días)</b>										
<i>IRA Leve</i>										
Promedio	7	5	6	7	5	6	6	7	6	132
Mediana	5	5	4	4	3	4	3	7	4	
Número de casos	20	9	103	23	32	22	27	28	132	
<i>IRA Moderado</i>										
Promedio	6	7	6	6	5	8	10	5	6	128
Mediana	4	4	5	5	5	7	8	3	5	
Número de casos	18	17	93	26	52	26	8	15	128	
<i>IRA Severo</i>										
Promedio	6	12	8	8	7	8	8	7	8	81
Mediana	7	7	7	4	7	7	5	7	7	
Número de casos	14	6	61	15	9	21	13	22	81	
% Recuperación										
% IRA leve	96.1%	100.0%	97.5%	100.0%	100.0%	90.5%	97.8%	99.2%	97.7%	47
% IRA moderado	98.4%	94.0%	96.9%	97.5%	98.6%	93.5%	93.4%	100.0%	96.8%	85
% IRA severo	84.6%	72.3%	97.4%	77.1%	100.0%	90.3%	100.0%	100.0%	94.1%	55
Total	25	19	143	33	38	42	28	45	187	187

Se reportó que 50% de los niños con IRA leve tuvo síntomas de IRA durante 4 días o menos. Esta mediana es similar para cada departamento. Para el caso de IRA moderada, la mediana fue de 5 días mientras que el 50% de los niños con IRA grave reportó haber sufrido síntomas durante 7 días o menos. No se observan diferencias marcadas de este indicador por departamento.

La mediana de la duración de los síntomas para casos leves y moderados es igual para el quintil más rico como para el quintil más pobre. Para casos de IRA grave, el quintil más rico reportó una mediana de 7 días mientras que la mediana para el quintil más pobre es de 4 días.

Como muestra el Cuadro 9.15 más del 95% de las personas que reportaron IRA leve o moderada en los tres departamentos reportó que se recuperaron. El porcentaje de recuperación baja cuando se analizan los casos de IRA grave. En efecto, sólo

72.3% de los casos de IRA grave en Misiones reportó que se recuperaron, mientras que en Cordillera dicho porcentaje fue de 84.6%. Para el caso de Central, la tasa de casos recuperados fue de 97.4%.

El porcentaje de recuperación de casos de IRA leve y moderado es muy similar para ambos extremos de la distribución de status económico de la población. Sin embargo, en el caso de IRA grave, el 20% de las personas más ricas mostró una tasa de recuperación del 100% mientras que el quintil más pobre de la distribución mostró una tasa de 77.1%.

#### **9.7.2. Acciones tomadas para reestablecer la salud**

En cuanto a la búsqueda de atención, como era de esperarse, las acciones están relacionadas con la gravedad del caso de IRA reportado. Así, una mayor proporción de los casos de IRA grave

(68.1%) buscó atención fuera del hogar para resolver el problema. Para los casos de IRA moderado y leve tales proporciones fueron 66.8% y 35.4%. El 12% de los casos de IRA grave no reportó ninguna acción para curarse, mientras que dicho porcentaje es de 13% para los casos de IRA moderada y 31.4% para los casos de IRA leve. Como muestra el Cuadro 9.16, las acciones tomadas por departamento indica un composición muy similar.

El Cuadro 9.16 indica que para los tres tipos de IRA, una mayor proporción del quintil más rico buscó atención fuera de la casa en comparación con el quintil más pobre. En todos los quintiles se observa que una mayor proporción de casos se resuelven fuera de la casa en la medida que los síntomas de enfermedad respiratoria son más complicados. Los patrones de búsqueda de atención son muy similares entre el quintil I y el V para los casos de IRA leve. Sin embargo, a medida que los síntomas de IRA se complican, el quintil más rico de la población acude en mayor proporción a buscar atención fuera de la casa. Un 94.4% de los casos de IRA grave en el quintil más rico buscó ayuda fuera de la casa, mientras que para el quintil más pobre fue de 60.3%.

Entre aquellos que buscaron atención fuera del hogar, 34.3% fue a un establecimiento del MSPBS, 49.7% fue a un establecimiento privado, y 16.0% fue a otro lugar. Más de la mitad de los que buscaron atención fuera del hogar en Cordillera y Misiones fue a un establecimiento del MSPBS. En Central, sin embargo, la proporción fue de 27.6%, mientras que 56.3% fue a un establecimiento privado.

Los establecimientos públicos brindan servicios a una mayor proporción de casos de IRA del quintil más pobre (60.8%) comparado con 10.4% del quintil más rico.

Como indica el Cuadro 9.16, los factores más importantes en la selección del lugar de atención eran: distancia (27.8%), experiencia pasada (24.4%) y precio a pagar (22.3%). En los tres departamentos, la distancia era un factor de considerable importancia a la hora de escoger al proveedor. En efecto, en Misiones (40.7%) y Cordillera (52.9%) la distancia era la razón de

mayor importancia, mientras que en Central la razón de mayor peso era la experiencia pasada (27.1%). En el departamento de Cordillera el precio a pagar fue reportado como la razón más importante por el 5.7% de los encuestados. El precio a pagar fue dada como la razón de mayor importancia en el 17.5% de los casos en Misiones y en 9.5% de los casos de Central.

En los quintiles más pobres y más ricos los factores por los cuales se escogió al proveedor son los mismos (i.e. distancia, experiencia pasada y precio a pagar). Sin embargo, como muestra el Cuadro 9.16, para el 6% de las personas en el quintil más rico, el precio a pagar fue el factor más común por el cual se escogió al proveedor, mientras que el 16% de las personas en el quintil más pobre respondió de esta manera. En contraste, la distancia de viaje fue el factor más importante a la hora de decidir el proveedor para el quintil más pobre (46%), mientras que sólo un 20% de las personas ricas respondió la distancia como el elemento más importante para seleccionar al proveedor. En la medida que el ingreso aumenta, una menor proporción de personas indicó que la distancia fue el elemento más relevante para elegir al proveedor.

En el 90.6% de los casos de IRA que buscó atención fuera de la casa, el médico fue el principal proveedor de servicios de salud. El porcentaje de participación de los médicos oscila entre 76.8% en Cordillera a 94.3% en Central. En Cordillera y Misiones, el proveedor más importante después del médico son las enfermeras que atendieron aproximadamente 16% de los casos de IRA en estos dos departamentos. Para el quintil más pobre, se observa una substitución del médico por la enfermera. En efecto, en 21% de los casos de IRA que buscaron atención fuera de la casa, la enfermera fue el proveedor más importante.

### **9.7.3 Determinantes económicos del tratamiento de la IRA**

El 50% de la población tardó 13 minutos o menos en llegar al lugar de atención. Los casos reportados en Cordillera requirieron un mayor tiempo de viaje que los casos en Central y Misiones (ver Cuadro 9.17). Debido a esto se observó un mayor gasto en transporte en Cordillera.

**Cuadro 9.16: Acciones tomadas para tratar a la IRA entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Acción tomada</b>										
<i>IRA Leve</i>										
Atención fuera de la casa	27.3%	61.6%	34.6%	40.1%	21.7%	38.2%	34.8%	45.6%	35.4%	47
Atención dentro de la casa	51.6%	18.8%	31.1%	36.7%	51.0%	31.2%	9.2%	34.6%	33.3%	44
No obtuvo atención	21.1%	19.6%	34.4%	23.2%	27.4%	30.7%	55.9%	19.8%	31.4%	41
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	132
<i>IRA Moderado</i>										
Atención fuera de la casa	66.1%	57.8%	68.6%	55.3%	56.0%	88.2%	90.6%	74.8%	66.8%	85
Atención dentro de la casa	29.6%	27.7%	17.0%	34.9%	20.8%	10.9%	9.4%	14.0%	20.2%	26
No obtuvo atención	4.3%	14.5%	14.4%	9.8%	23.2%	0.9%	0.0%	11.2%	13.0%	17
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	128
<i>IRA Severo</i>										
Atención fuera de la casa	52.6%	62.8%	72.2%	60.3%	20.6%	54.8%	88.3%	94.4%	68.0%	55
Atención dentro de la casa	36.9%	28.2%	15.2%	25.0%	54.2%	24.7%	11.7%	2.2%	20.0%	16
No obtuvo atención	10.5%	9.0%	12.6%	14.7%	25.2%	20.5%	0.0%	3.4%	12.0%	10
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	81
<b>Lugar de Atención</b>										
<i>Establecimientos Públicos</i>										
Hospital Regional	4.9%	0.0%	3.9%	0.0%	0.0%	13.1%	0.0%	2.7%	3.6%	7
Centro de Salud	51.5%	51.9%	23.5%	58.2%	37.0%	31.2%	21.9%	7.7%	30.1%	56
Puesto de Salud	0.0%	4.3%	0.3%	2.6%	0.6%	0.3%	0.0%	0.0%	0.6%	1
Subtotal: Establecimientos Públicos	56.4%	56.2%	27.6%	60.8%	37.5%	44.5%	21.9%	10.4%	34.3%	64
Establecimientos privados	30.7%	24.2%	56.3%	23.1%	44.6%	36.8%	59.4%	79.9%	49.7%	93
Otros establecimientos	12.9%	19.6%	16.1%	16.1%	17.9%	18.7%	18.7%	9.7%	16.0%	30
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	187
<b>Razones por la cuales escogió el lugar de atención</b>										
Distancia	52.9%	40.7%	21.8%	46.0%	30.0%	33.0%	9.0%	20.0%	27.8%	52
Reputación	1.3%	11.1%	11.7%	3.0%	28.0%	6.0%	12.0%	3.0%	10.3%	19
Experiencia pasada	22.5%	6.5%	27.1%	17.0%	9.0%	31.0%	37.0%	28.0%	24.4%	46
Sugerencia de otra persona	9.0%	0.7%	5.4%	7.0%	13.0%	2.0%	7.0%	0.0%	5.4%	10
Precio a pagar	5.7%	17.5%	9.5%	16.0%	13.0%	6.0%	10.0%	6.0%	9.8%	18
Otras	8.6%	23.5%	24.6%	11.0%	7.0%	22.0%	26.0%	42.0%	22.3%	42
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	187
<b>Quién le proporcionó la atención médica</b>										
Médico	76.8%	80.1%	94.3%	70.0%	85.0%	98.0%	96.0%	100.0%	90.6%	169
Farmacéutico	5.5%	2.9%	3.5%	7.0%	10.0%	2.0%	0.0%	0.0%	3.7%	7
Enfermera	16.9%	16.0%	1.4%	21.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.9%	9
Otro	0.8%	1.0%	0.9%	1.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0.0%	0.8%	2
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	187
<b>% Recuperación</b>										
% IRA leve	96.1%	100.0%	97.5%	100.0%	100.0%	90.5%	97.8%	99.2%	97.7%	47
% IRA moderado	98.4%	94.0%	96.9%	97.5%	98.6%	93.5%	93.4%	100.0%	96.8%	85
% IRA severo	84.6%	72.3%	97.4%	77.1%	100.0%	90.3%	100.0%	100.0%	94.1%	55
Total	25	19	143	33	38	42	28	45	187	187

**Cuadro 9.17: Determinantes económicos del cuidado de la IRA entre niños menores de 5 años, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Tiempo de viaje</b>										
Promedio (minutos)	56	21	18	47	20	26	18	16	24	185
Mediana	40	15	12	37	18	17	10	13	13	
Número de casos	25	19	142	33	38	42	27	45	185	
<b>Costo de transporte</b>										
Promedio (Guaraníes)	2,061	12,385	10,620	1,284	1,055	806	769	28,349	8,480	185
Mediana	700	0	0	617	700	850	300	0	0	
Número de casos	25	19	142	33	38	42	27	45	185	
<b>Costo de atención médica</b>										
0-2000 (Guaraníes)	17.8%	47.0%	11.5%	17.9%	12.5%	13.6%	17.1%	19.2%	16.0%	30
2001-5000	18.0%	9.1%	4.9%	17.5%	10.6%	6.3%	2.3%	0.0%	7.0%	13
5001-20000	20.8%	14.8%	16.7%	29.6%	7.7%	35.5%	5.2%	5.8%	17.1%	32
20001-40000	13.8%	14.9%	18.9%	16.5%	28.6%	15.6%	24.2%	7.8%	17.8%	33
>40000	29.7%	14.2%	47.9%	18.6%	40.5%	29.0%	51.2%	67.3%	42.1%	79
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	187
<b>Costo de medicamentos</b>										
Promedio (Guaraníes)	33,027	35,773	54,994	52,379	29,126	69,292	71,223	37,140	50,792	154
Mediana	25,000	26,000	35,000	18,000	22,000	30,000	57,000	40,000	30,000	
Número de casos	19	13	123	26	32	35	25	36	154	

Cuando se analizaron los costos indirectos de acuerdo al status económico, se observó que la mediana del tiempo de viaje y del pago en transporte para el quintil más pobre era mayor que para el quintil más rico. Como muestra el Cuadro 9.17, el 50% de las personas pertenecientes al quintil más rico viajó menos de 13 minutos mientras que el quintil más pobre muestra una mediana de viaje de 37 minutos. En cuanto al pago por transporte, el 50% del quintil más pobre pagó al menos 617 Guaraníes (US\$0.23) mientras que el 50% del quintil más rico no pagó por transporte al lugar de la atención.

El 77% de los casos que recibieron atención fuera de la casa pagó más de 5,000 Guaraníes (US\$1.78) por la atención médica (ver Cuadro 9.17). Un 42.1% pagó por encima de 40,000 Guaraníes (US\$14.21) por la atención recibida. El mayor gasto por la atención médica se observa en Central donde un 47.9% pagó más de 40,000 Guaraníes (US\$14.21). Esto concuerda con ser el departamento donde más casos de IRA graves y moderados se reportaron. Por el contrario, en Misiones un 47% pagó sólo hasta 2,000 Guaraníes

(US\$0.71) por la atención recibida. En Cordillera, un 35% de los casos de IRA que buscaron atención fuera de la casa pagó menos de 5,000 Guaraníes (US\$1.78). El menor gasto en salud de Cordillera se debe quizás a que este departamento reporta los mayores niveles de casos de IRA leve.

El Cuadro 9.17 muestra el gasto por la atención médica de acuerdo al status económico. Como era de esperarse, los ricos gastaron más que los pobres en la atención médica. Un 75% de las personas pertenecientes al 20% más rico gastó más de 20,000 Guaraníes (US\$7.10). Solo el 35.1% del quintil más pobre realizó ese nivel de pago. A pesar de que el quintil más rico realizó un gasto mayor en atención médica, el Cuadro 9.17 indica que 19.2% de personas pertenecientes a este quintil no pagó nada por la atención médica, mientras que para el quintil más pobre este porcentaje es de 17.9%. Una gran parte de los recursos asignados a centros públicos es usada por el quintil más rico de la población.

Como lo muestra el Cuadro 9.17, el 50% de las personas pagó menos de 30,000 Guaraníes

(US\$10.66) por la medicinas usadas durante el episodio de la IRA. El menor pago medio en medicinas se observa en Cordillera (25,000 Guaraníes o US\$8.88), mientras que la mayor mediana se observa en Central (35,000 Guaraníes o US\$12.43). Ello puede ser explicado porque Central reporta una mayor proporción de casos de IRA que el departamento de Cordillera y por el mayor nivel de ingresos que reportan las personas de Central.

Como muestra el Cuadro 9.17, el gasto en medicina está positivamente correlacionado con el nivel económico familiar. La mediana del gasto en medicina para el quintil más rico fue 1.7 veces la media de lo gastado en medicina por el quintil más pobre.

## **9.8 Planificación familiar**

Con la encuesta se recolectaron los datos de varias clases de usuario de planificación familiar: usuarios actuales, usuarios pasados y personas que nunca han usado métodos anticonceptivos pero que pueden hacerlo en el futuro. La mayoría de los resultados de esta sección se refieren a las entrevistadas que actualmente usan anticonceptivos modernos. Además, en algunos casos la muestra se restringe a un subconjunto de estos usuarios; aclararemos esto cuando los casos se presenten.

### **9.8.1 Uso de la planificación familiar**

El indicador más común de utilización de anticonceptivos en una población es la tasa de prevalencia de anticonceptivos (TPA), o el porcentaje de la población pertinente, que en este caso son las mujeres en edad reproductiva en los tres departamentos del estudio, que actualmente utilizan algún tipo de anticonceptivo. El Cuadro 9.18 presenta la TPA de los métodos tradicionales y de los métodos modernos en cada departamento, y en base a los quintiles económicos calculados.

La TPA para todos los métodos en los tres departamentos es de 46.3%, siendo de 36.5% para los métodos modernos y 9.8% para los métodos tradicionales.

La TPA de los métodos modernos varía desde un máximo de 44.6% en Misiones hasta 34.5% en Cordillera. Esto es un tanto sorprendente puesto que Misiones es menos urbano que los otros dos departamentos. Hay poca variación por departamentos en la prevalencia de métodos tradicionales.

La TPA de los métodos modernos se comporta como era de esperarse en los resultados de los quintiles económicos; los grupos de nivel económico más alto muestran una mayor tendencia a utilizar anticonceptivos modernos. Sin embargo, este efecto no es estrictamente lineal. El grupo de nivel económico más alto es solamente el tercero en orden descendente de TPA (37.1%). La TPA de los métodos tradicionales por grupos económicos presenta poca variación.

### **9.8.2 Uso de métodos específicos**

Como muestra el cuadro 9.18, el método más usado varía considerablemente por departamento y por nivel económico. El DIU es el método más usado (19.8% de las usuarias). Píldoras, condones, e inyecciones son igualmente populares con 16% de las usuarias cada uno. La inyección es el método más utilizado en Cordillera (20.1%), las píldoras se utilizan con mayor frecuencia en Misiones (27.4%), y los DIU están más generalizados en Central (20.3%). La mayor prevalencia de los DIU en Central puede deberse a la mayor riqueza relativa del departamento. En el Cuadro 9.18, los DIU están más generalizados en el quintil IV de riqueza (24.5%), pero los condones (29%) son en gran medida la opción más generalizada en el quintil más alto. Las píldoras fueron preferidas por los quintiles más pobres. El anticonceptivo herbario está mucho más generalizado entre las mujeres del quintil más bajo, que representa el 13.0% del total de anticonceptivos utilizados. El Norplant, los métodos vaginales, tales como el espermicida, y la vasectomía (para la pareja) son utilizados por un porcentaje muy pequeño de la población.

**Cuadro 9.18: Planificación familiar: Prevalencia, tipo y distribución de métodos anticonceptivos, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (%)</b>										1310
Métodos modernos	34.5%	44.6%	36.1%	34.7%	32.6%	38.2%	39.2%	37.1%	36.5%	478
Métodos tradicionales	10.5%	9.4%	9.7%	11.2%	7.1%	10.3%	9.4%	11.0%	9.8%	128
Total	45.0%	54.0%	45.8%	45.9%	39.7%	48.5%	48.6%	48.1%	46.3%	606
<b>Distribución del uso métodos por tipo</b>										
<i>Métodos Modernos</i>										
Píldoras	19.5%	27.4%	14.6%	23.2%	21.4%	18.9%	12.9%	8.8%	16.5%	100
DIU	19.1%	17.2%	20.3%	19.9%	13.7%	19.8%	24.5%	19.8%	19.8%	120
Condón	9.8%	11.4%	18.0%	13.3%	8.7%	9.9%	17.3%	29.0%	16.3%	98
Inyección	20.1%	11.5%	16.3%	11.3%	23.4%	20.2%	22.1%	6.2%	16.4%	99
Métodos vaginales	1.9%	1.4%	0.5%	0.6%	0.5%	0.3%	0.5%	1.9%	0.8%	5
Norplant o Implante	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%	0.1%	1
Esterilización femenina	5.7%	13.7%	9.1%	7.3%	14.5%	9.5%	3.4%	11.2%	9.0%	55
Vasectomía	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Subtotal Métodos Modernos	76.7%	82.6%	78.8%	75.6%	82.2%	78.7%	80.7%	77.2%	78.9%	478
<i>Métodos Tradicionales</i>										
Método de Billings	1.8%	4.2%	4.7%	0.2%	5.6%	2.4%	7.1%	5.2%	4.2%	25
Ritmo	1.9%	2.2%	6.6%	2.3%	1.2%	9.3%	5.4%	8.1%	5.5%	33
Retiro	5.0%	4.2%	6.0%	8.0%	4.4%	5.1%	4.0%	7.1%	5.7%	35
Yuyos o hierbas	14.6%	6.8%	3.9%	13.9%	6.6%	4.5%	2.8%	2.4%	5.7%	35
Subtotal Métodos Tradicionales	23.3%	17.4%	21.2%	24.4%	17.8%	21.3%	19.3%	22.8%	21.1%	128
Total:	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	606
<b>Fuente de provisión</b>										
<i>Público/Semi-Público</i>										
Establecimientos del MSPBS	47.8%	43.9%	16.7%	54.7%	35.1%	19.8%	12.7%	5.7%	23.6%	113
Establecimientos del IPS	2.0%	2.1%	1.1%	0.0%	2.4%	2.4%	0.7%	1.4%	1.4%	7
Cruz Roja/Militar	0.0%	0.8%	1.9%	0.6%	1.6%	3.4%	1.2%	0.9%	1.5%	7
Subtotal Público/Semi-Público	49.8%	46.8%	19.7%	55.3%	39.1%	25.6%	14.6%	8.0%	26.5%	127
<i>Privados</i>										
CEPEP	1.3%	0.0%	8.2%	1.1%	2.6%	11.7%	4.7%	10.6%	6.5%	31
Establecimientos privados/comercial	42.1%	48.4%	67.8%	38.3%	54.3%	61.3%	78.6%	71.4%	62.4%	298
Subtotal Privado	43.4%	48.4%	76.0%	39.4%	56.9%	73.0%	83.3%	82.0%	68.9%	329
Individual (curandero, pariente)	2.6%	2.5%	4.0%	2.2%	2.9%	0.9%	2.0%	9.8%	3.6%	17
Otro	4.2%	2.2%	0.2%	3.1%	1.1%	0.6%	0.2%	0.4%	1.0%	5
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	478

### **9.8.3. Lugar de atención o fuente de suministro**

La tercera sección del Cuadro 9.18 presenta información sobre el lugar en que se obtuvieron los métodos anticonceptivos o, en el caso de la esterilización, del lugar en que se realizó la operación. Estos resultados y los resultados subsiguientes sólo se presentan en el caso de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos, dado que ellas deben ser mucho más sensibles al entorno de asistencia médica que nos interesa medir. De las mujeres que utilizan un método moderno o que han sido esterilizadas, la mayoría recibió el servicio en un establecimiento del MSPBS o un establecimiento privado.

El porcentaje relativo de suministro cambia notoriamente de un departamento a otro. Los establecimientos públicos y privados de Misiones y Cordillera, cuyos valores no se diferencian más de un 5%, proporcionan entre el 43.9% y el 48% del suministro de anticonceptivos. En Central, los establecimientos públicos y semi-públicos proporcionan sólo un 16.7% de los anticonceptivos, y el 67.8% de los usuarios obtienen los anticonceptivos en establecimientos privados o comerciales. Esto probablemente refleja la mayor disponibilidad de alternativas privadas en Central y la mayor riqueza relativa de la población de ese departamento, lo cual permite el suministro privado como una alternativa viable.

El efecto del nivel socioeconómico se puede ver claramente en los resultados por quintiles. Sólo el 39.4% de los usuarios del grupo económico bajo utilizan fuentes privadas, en tanto que más del 82% de los quintiles más altos obtiene los anticonceptivos en un establecimiento privado. En contraste directo, el suministro a través el MSPBS baja de un máximo de 54.7% en el grupo de más bajo nivel económico a un mínimo de sólo 5.7% en el grupo de nivel económico más alto.

Cerca de 6.5% de las usuarias modernas reportó a los establecimientos del CEPEP como fuente de abastecimiento, esto a pesar de que, según la encuesta, no proporcionan servicios en Misiones. En Central, CEPEP provisionó a 8.2% de las usuarias modernas del departamento. El rol del CEPEP varió por nivel económico. Poco más del 10% de las usuarias modernas de los grupos

medio y alto obtuvo servicios del CEPEP. Este porcentaje fue bajo para los grupos de menor nivel económico.

### **9.8.4. Calidad de los servicios de planificación familiar**

El Cuadro 9.19 presenta indicadores de calidad de los proveedores públicos y privados y del precio pagado por las usuarias de anticonceptivos modernos. Un precio de por sí más alto probablemente reduciría la demanda de cualquier método en particular, pero hay evidencia que sugiere que el precio también juega un papel importante como señal de calidad, especialmente si se fija por medio de un mecanismo que no sea el precio de equilibrio del mercado de anticonceptivos.

El primer conjunto de indicadores se recolectó para evaluar la calidad relativa del servicio en clínicas privadas y en establecimientos del MSPBS. El primer indicador es la mediana de la espera en el establecimiento. En general, 50% de las usuarias tuvo que esperar 15 minutos o menos para que se les atiende en ambos tipos de establecimiento. Por departamento, el tiempo de espera en establecimientos públicos va desde una mediana de 30 minutos en Cordillera hasta 10 minutos en Central. En establecimientos privados la mediana de espera fue de 15 minutos en Cordillera y Central y de 10 minutos en Misiones. Las esperas fueron más largas en el sector público de Cordillera y de Misiones, pero fueron más cortas en los establecimientos públicos de Central.

En el desglose por nivel económico, hay indicaciones de que los usuarios de nivel económico más alto tienden a esperar menos tiempo, aunque hay una excepción en el grupo de nivel económico más alto de Central que utiliza establecimientos públicos, lo cual probablemente se debe al número relativamente pequeño de observaciones en un desglose a este nivel de detalle.

Las medianas de espera más bajas tanto en establecimientos públicos y privados corresponden al grupo que ocupa el cuarto quintil de riqueza (10 minutos), y en el tercer quintil en establecimientos públicos (10 minutos). Por último, hay una tendencia hacia esperas más largas en los grupos de los quintiles de menor

riqueza (20 y 30 minutos para los dos más bajos) que van a establecimientos públicos.

Aunque las respuestas subjetivas parecen ser positivas en general, hay ciertas tendencias interesantes. Notoriamente, la única categoría en el desglose por departamento en la que los establecimientos públicos (75.3%) tienen mejor puntaje que los privados (63.6%) es en la información o consejería que se da sobre el método anticonceptivo obtenido. Esto no es sorprendente, ya que probablemente muchos establecimientos privados son relativamente pequeños y se concentran en vender el producto básico sin dar mucha orientación sobre cómo utilizarlo. Esta medida también parece ser una función lineal del nivel económico, siendo mucho menos probable que el grupo más rico (25.4%) reciba información de un establecimiento privado en comparación con los grupos más bajos, de los cuales los dos últimos reciben un puntaje de 100% en esta medida. Todas las otras medidas subjetivas de calidad de establecimientos privados obtuvieron un 100% en todos los departamentos y niveles económicos. El porcentaje más alto de información dada a los usuarios públicos fue en Misiones (81%, aunque Cordillera es prácticamente igual con un 78.9%) y en el cuarto quintil (95.8%).

La limpieza y lo adecuado de la privacidad en los establecimientos públicos y privados fueron reportados por más del 90% de las usuarias en casi todos los departamentos y grupos de riqueza. Misiones presentó los niveles más elevados de limpieza (98.1%) entre los establecimientos públicos. Sin embargo, el factor limpieza en los establecimientos públicos parece ser, más que la mayoría de los otros factores, también una función de nivel económico. El 81.7% de los entrevistados del grupo de más pobre dijo que el establecimiento estaba limpio, en tanto que el 100% del grupo más rico declaró que el establecimiento estaba limpio.

Lo adecuado de la privacidad en establecimientos públicos fue reportado por un 94% de las usuarias de todos los quintiles, excepto en el cuarto quintil, en que sólo fue de un 82.7%.

#### **9.8.5. Determinantes económicos del uso de métodos modernos**

El Cuadro 9.19 presenta información sobre tiempo y gastos de viaje, lo cual puede ser un importante factor determinante de utilización, especialmente en las zonas rurales en que los viajes largos son probablemente más comunes.

Cordillera tiene la mayor mediana de tiempo de viaje (30 minutos) y Central la menor (10 minutos). Como era de esperarse, los gastos de viaje parecen reflejar estrechamente el tiempo de viaje. Las usuarias declararon un gasto mediano de 835 Guaraníes (US\$0.30) en Cordillera, el más alto, en tanto que el más bajo se presentó en Central, unos 361 Guaraníes (US\$0.13). La misma relación entre tiempo y gasto para transporte es válida en los grupos de nivel económico. Hubo una relación lineal entre el nivel económico y el tiempo y gasto. El quintil más pobre reportó los viajes más largos (30 minutos) y los mayores gastos (616 Guaraníes o US\$0.22), y el quintil más rico, los viajes más cortos (10 minutos) y los menores gastos (151 Guaraníes o US\$0.05). En realidad, los usuarios más ricos probablemente tuvieron un gasto de viaje mayor puesto que es más probable que tuvieran vehículo propio, pero probablemente el gasto directo por milla era más bajo que el transporte público, que con mayor probabilidad utilizaron los grupos de menor riqueza.

Las últimas secciones del Cuadro 9.19 muestran los precios pagados por anticonceptivos. El primer grupo de precios es para todos los métodos modernos combinados y el segundo excluye las esterilizaciones porque son mucho más caras debido a que son procedimientos quirúrgicos. Hay tan pocas esterilizaciones declaradas que en la práctica los porcentajes no son muy distintos, y ninguna tendencia cambia debido a la inclusión o exclusión de las esterilizaciones.

Un 13.5% de las usuarias de métodos modernos no pagó por los anticonceptivos. El 22.8% de las usuarias de métodos modernos en Misiones no pagó por los anticonceptivos, en tanto que sólo el 11.4% de las usuarias en Central obtuvo anticonceptivos gratuitamente. Además, la mayoría de las usuarias tanto en Cordillera (56%) como en

**Cuadro 9.19: Planificación familiar: Calidad y precio de servicios para los métodos modernos, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Cientes de los establecimientos del MSPBS:</b>										
Tiempo (Mediano) esperó para ser atendido	30	15	10	20	30	10	10	120	15	95
Recibió consejos e información	78.9%	81.0%	71.0%	60.5%	88.1%	74.7%	95.8%	87.3%	75.3%	94
Establecimiento estaba limpio/confortable	94.4%	98.1%	85.3%	81.7%	94.4%	96.9%	99.3%	100.0%	90.5%	95
Tuvo privacidad adecuada	97.9%	97.8%	92.4%	96.5%	96.9%	100.0%	82.7%	93.9%	95.1%	95
<b>Cientes de las clínicas privadas:</b>										
Tiempo (Mediano) esperó para ser atendido	15	10	15	0	15	15	10	15	15	21
Recibió consejos e información	100.0%	100.0%	59.6%	100.0%	100.0%	90.8%	91.2%	25.4%	63.6%	21
Establecimiento estaba limpio/confortable	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	21
Tuvo privacidad adecuada	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	21
<b>Para todas las usuarias de métodos modernos</b>										
Cuánto tiempo tarda para llegar al establecimiento	30	15	10	30	15	15	10	10	15	378
Cuánto costó el transporte	835	445	361	616	489	584	379	151	439	393
<b>Cuánto pagó por el método (incluyendo esterilización)</b>										
0 (Garaníes)	18.4%	22.8%	11.4%	26.7%	10.6%	12.7%	6.1%	14.5%	13.5%	58
1-3000	28.5%	30.9%	16.0%	38.0%	15.5%	15.9%	9.7%	21.6%	19.3%	83
3001-5000	9.1%	8.6%	8.2%	7.4%	10.3%	10.0%	9.7%	3.5%	8.3%	36
5001-10000	17.3%	13.4%	17.5%	13.2%	22.0%	23.8%	14.9%	11.4%	17.1%	74
10001-19000	16.8%	9.2%	19.5%	9.7%	26.1%	14.7%	26.0%	12.6%	18.2%	78
>19000	9.9%	15.1%	27.4%	5.0%	15.5%	22.9%	33.6%	36.4%	23.6%	101
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	430
<b>Cuánto pagó por el método (sin esterilización)</b>										
0 (Garaníes)	17.1%	21.2%	8.2%	25.0%	8.3%	8.5%	5.9%	8.1%	10.7%	42
1-3000	30.7%	35.8%	17.5%	41.1%	17.8%	17.5%	9.9%	24.8%	21.2%	83
3001-5000	9.7%	9.9%	9.0%	8.0%	12.1%	11.1%	10.1%	4.0%	9.2%	36
5001-10000	18.6%	14.6%	19.2%	14.2%	25.3%	26.2%	15.5%	13.0%	18.8%	73
10001-19000	18.0%	10.6%	21.4%	10.2%	30.6%	16.1%	27.1%	14.4%	19.9%	78
>19000	5.9%	7.9%	24.7%	1.5%	5.9%	20.6%	31.5%	35.7%	20.2%	79
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	390

Misiones (62.3%) pagó menos de 5,000 Guaraníes (US\$1.78) por anticonceptivos, mientras que en Central un porcentaje significativo (64.4%) de usuarias pagó mucho más por el servicio. Probablemente, gran parte de esta diferencia se debe otra vez al suministro privado en Central y al predominio de los DIU.

El precio más común (30%) en Cordillera y en Misiones con y sin esterilizaciones incluidas estuvo entre 1 y 3,000 Guaraníes (US\$1.07). La categoría más común en Central fue más de 19,000 Guaraníes (US\$6.75), lo cual paga aproximadamente el 27.4% de las usuarias.

Las tendencias son bastante menos precisas en el desglose por grupo económico. En gran medida, el porcentaje más alto de usuarias que no pagó (aproximadamente un 25.5%) estuvo en el grupo más pobre, pero entre los grupos superiores hay poca correlación entre riqueza y el precio de los anticonceptivos. La mayor proporción de clientes que pagó más de 19,000 Guaraníes (US\$6.75) estuvo en el quinto (36.4%) y cuarto (33.6%) quintil. En general, excepto para el grupo más pobre, la distribución parece tener dos máximas, una de aproximadamente 3,000 Guaraníes (US\$1.07) y la otra en 19,000 Guaraníes (US\$6.75). Esto probablemente se debe a la diferencia de precio entre los DIU y los métodos no clínicos. Debido a las restricciones de número de observaciones, no pudimos separar satisfactoriamente la estructura de precios por departamento o grupo de riqueza y por tipo de anticonceptivo.

#### **9.8.6. Características del usuario, razones de utilización y método preferido**

El cuadro 9.20, presenta un conjunto de estadísticas diseñadas para medir las características de los usuarios relacionadas con la razón de uso de anticonceptivos y la disposición a cambiar de método bajo circunstancias distintas. Las tres primeras líneas son los resultados de preguntas sobre el estado de la usuaria cuando comenzó a utilizar el método anticonceptivo moderno.

La usuaria típica en Central comenzó el uso de métodos modernos a la edad promedio de 21.1 años y con un promedio de 0.9 hijos, mientras la usuaria típica en Misiones tuvo una edad prome-

dio de 24.6 años y un promedio de 2.1 hijos. La usuaria típica en Cordillera se ubicó entre los resultados de Central y Misiones.

Las mujeres más pobres tendieron a adoptar un método moderno más tarde (promedio de 23.7 años) y con más hijos (2.3), que las usuarias de grupos más ricos.

Otro tema cuyo análisis es importante es el motivo por el cual las mujeres utilizan anticonceptivos. Aunque a primera vista las razones para utilizar anticonceptivos parecen obvias, la diferencia entre utilizar anticonceptivos para espaciar los hijos o para evitar enfermedades, en contraposición a simplemente no querer más niños, tiene consecuencias importantes para la normativa. Por ejemplo, si las mujeres quieren ante todo espaciar los hijos, la demanda de métodos no reversibles puede ser relativamente baja. De hecho, en cuatro de los cinco grupos económicos y en todos los departamentos, espaciar o postergar el embarazo era clasificado como una razón más importante que no querer tener más hijos. Sin embargo, en todos los casos los porcentajes eran relativamente cercanos y ambos motivos representaron 93.9% de las razones para utilizar anticonceptivos. Entre un 50% y un 54% de las mujeres en todos los departamentos quiso espaciar o postergar la maternidad, en tanto que entre un 35% y un 42% no deseó tener más niños. La mayor diferencia entre espaciar y evitar niños en los quintiles de riqueza estuvo en el grupo IV, en que sólo un 28% de las mujeres quiso evitar tener más niños y un 66% se interesó más en espaciarlos.

El último grupo de variables en el Cuadro 9.20 presenta el porcentaje de usuarias que preferiría utilizar un método distinto. Un porcentaje importante (17%) preferiría cambiar de método. El porcentaje varió de un 13.3% en Misiones a un 17.9% en Central, y entre un 15% y un 24% en los grupos económicos. El método al que las mujeres desearían cambiar era el DIU. Hay que recordar que el DIU también era el método más usado en los tres departamentos en general y en Central en particular. No sólo era el método de mayor uso en Central, sino que también era, con mucho, el método al que el porcentaje más alto de mujeres (66.9%) quisiera cambiar. La preferencia por DIU no parece deberse sólo un efecto del nivel eco-

**Cuadro 9.20: Planificación familiar: Características de las usuarias de métodos modernos, razones por su uso, y preferencias por métodos, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Características de las usuarias</b>										
Años de uso de la anticoncepción	3.6	3.5	4.5	3	3.7	6	4	4.4	4.2	415
Edad de la mujer cuando comenzó a usar el método	24.6	22	21.1	23.7	21.4	21.5	20.9	21.2	21.7	472
Número de hijos cuando comenzó a usar el método	2.1	1.6	0.9	2.3	1.1	1.2	0.6	0.7	1.1	477
<b>Para qué usa métodos anticonceptivos</b>										
Ya no quiere tener más hijos	41.3%	35.6%	42.2%	37.4%	43.9%	46.6%	28.1%	51.5%	41.5%	197
Para espaciar o posponer los embarazos	50.0%	53.9%	52.7%	53.3%	52.2%	46.6%	66.2%	43.1%	52.4%	249
Para protección de SIDA y otras ets	0.0%	1.8%	1.0%	1.0%	0.7%	0.5%	1.8%	0.4%	0.9%	4
Por otras razones de salud	8.7%	8.7%	4.1%	8.3%	3.2%	6.3%	3.9%	5.0%	5.2%	25
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	475
Preferiría usar otro método	14.8%	13.3%	17.9%	15.0%	24.1%	20.4%	17.0%	9.9%	17.0%	81
<b>Método preferido</b>										
Píldoras	13.0%	10.8%	11.2%	9.0%	24.2%	4.4%	7.4%	10.6%	11.3%	8
DIU	39.8%	33.3%	66.9%	63.6%	57.2%	47.8%	84.1%	54.9%	61.8%	43
Condón	10.0%	3.0%	0.2%	3.8%	2.5%	0.7%	0.0%	0.0%	1.4%	1
Inyección	29.2%	17.7%	5.7%	19.3%	3.4%	4.4%	3.8%	20.2%	8.9%	6
Métodos vaginales	0.0%	0.0%	1.7%	0.0%	0.0%	4.8%	0.0%	2.4%	1.4%	1
Esterilización femenina	8.0%	21.6%	5.2%	4.3%	8.4%	14.7%	2.2%	1.0%	6.7%	5
Vasectomía	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Método de Billings	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	4.9%	0.9%	1
Ritmo	0.0%	8.6%	6.9%	0.0%	3.7%	22.4%	1.7%	0.0%	6.4%	4
Retiro	0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	6.0%	0.9%	1
Yuyos o Hierbas	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.8%	0.0%	0.0%	0.3%	0
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	69

nómico. En el quintil más pobre un 15% de las usuarias quiso cambiar, y un mayor porcentaje (63.6%) de aquéllas quiso cambiar al DIU. Del grupo más rico, 9.9% quiso cambiar su método, y de aquéllas, una mayoría (54.9%) quiso cambiar al DIU. Si bien es posible que las usuarias más pobres consideren que no pueden obtener el DIU por razones económicas, la existencia de altas proporciones de usuarias de los quintiles más ricos que también preferirían cambiar al DIU indicaría que hay otras barreras no relacionadas con el nivel económico para utilizar los DIU. Estas barreras puede incluir accesibilidad a los

establecimientos que están capacitados para insertarlo o contar con la orientación adecuada y servicio de información.

En resumen, las personas en el quintil más alto y aquellas con mayor acceso tendieron a utilizar más anticonceptivos y a obtener los anticonceptivos en establecimientos privados. Sin embargo, la magnitud de los efectos de la riqueza tendió a ser pequeña, y muchos otros resultados que fueron contra la intuición salieron de esta encuesta. El DIU era el método más generalizado y al cual las mujeres querrían cambiarse si se les diera la

posibilidad. La mayoría de los establecimientos estaban limpios y ofrecían privacidad, y la mayoría de las mujeres de todas las clases sociales utilizaba anticonceptivos para espaciar y postergar el embarazo, en contraposición a evitar todos los nacimientos futuros.

El sector privado fue uno de los mayores proveedores de servicios anticonceptivos, pero entre las clases de menores ingresos los establecimientos del MSPBS tuvieron un rol importante. Por último, los métodos tradicionales todavía son ampliamente utilizados, pero la TPA de métodos modernos era mayor que la TPA de métodos tradicionales en todos los departamentos y grupos económicos, incluso entre los más pobres.

## **9.9 Problemas de salud y enfermedad de miembros de la familia mayores de cinco años**

### **9.9.1 Características de la muestra y pérdidas de ingresos debidas a problemas de salud**

Recolectamos datos sobre un miembro de la familia, mayor de 5 años, que había estado enfermo o había tenido lesiones serias en las 4 semanas anteriores a la encuesta. Estos datos correspondieron a un conjunto de indicadores que midieron las características de los problemas de salud y de los servicios médicos recibidos (calidad y costo).

Dado el propósito de esta encuesta, decidimos concentrarnos en el peso financiero que imponen las enfermedades. La persona con el problema de salud podía ser cualquier persona miembro del hogar mayor de cinco años o la misma entrevistada. Si se trataba de esta última, las preguntas fueron ligeramente distintas y estaban destinadas a clarificar su punto de referencia. En otras palabras, las preguntas fueron más directas cuando la persona enferma fue la entrevistada.

El Cuadro 9.21 muestra que de las más de 1,300 mujeres (ponderación ajustada) que fueron entrevistadas en esta sección, 505 declararon que en su hogar en las últimas cuatro semanas hubo una persona de 6 años de edad o más que estaba enferma. Alrededor del 75% de la muestra fue de Central, aproximadamente el 18% fue de Cordille-

ra y el 7% fue de Misiones. Alrededor del 20% de la muestra era en cada uno de los cinco quintiles de riqueza, a pesar de que el menor número de enfermedades de la muestra (89) apareció en el mayor quintil de riqueza, en comparación con más de 100 en cada uno de los otros grupos.

Por un margen considerable, la categoría más común fue la de enfermedades respiratorias (38%) seguida de las categorías de enfermedades intestinales o estomacales, problemas dentales, y “otras enfermedades”. Estos datos mostraron pocas tendencias por departamento o grupo de riqueza. Las personas en Central tuvieron una probabilidad ligeramente mayor de sufrir enfermedades respiratorias (39.6%) o enfermedades crónicas (12%), pero también tuvieron menos probabilidad de sufrir problemas dentales (5.7% en comparación con más de 10% en los otros dos departamentos).

En el grupo más rico, las causas principales de la morbilidad fueron las enfermedades respiratorias (45%) y las enfermedades crónicas (13.4%). En comparación, entre el grupo más pobre las causas principales de la morbilidad fueron las enfermedades respiratorias (31.1%) y las enfermedades intestinales (18.4%).

En términos de medir las consecuencias de la enfermedad, preguntamos si la persona enferma o lesionada podía o no llevar a cabo sus actividades normales, el tiempo que había estado incapacitada, y si había sufrido pérdidas financieras como resultado de perder trabajo normal o actividad diaria. A pesar de que aproximadamente la mitad de la muestra declaró que su capacidad de funcionar normalmente había disminuido durante un promedio de 3.3 días, sólo en unos pocos casos declararon explícitamente que habían sufrido pérdidas financieras específicas. Se darán más detalles respecto a esto más adelante.

Tanto el número de días perdidos (3.5) como el porcentaje de personas que declararon que habían sufrido una disminución de actividad (56.7%) fueron los más altos en Central. En comparación con Misiones, Cordillera presentó un menor porcentaje de pérdida de actividad (40.9% contra 46.8%) y un número mayor de días perdidos (2.7 contra 2.4). Prácticamente no hay tendencias por

**Cuadro 9.21: Características individuales y condiciones de salud entre personas mayores de 5 años que tuvieron una enfermedad en las 4 semanas anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Número de casos con enfermedades</b>	90	39	376	105	100	101	110	89	505	505
<b>Problema específico de salud</b>										
Enfermedades respiratorias	33.6%	30.2%	39.6%	31.1%	30.9%	39.2%	43.4%	45.0%	37.8%	190
Enfermedades intestinales	9.4%	15.6%	11.5%	18.4%	4.2%	11.9%	15.2%	6.3%	11.4%	57
Enfermedades del corazón	5.6%	5.7%	7.0%	4.9%	8.5%	9.5%	2.3%	8.7%	6.6%	33
<b>Accidentes o envenenamiento</b>	2.9%	4.0%	4.5%	4.4%	8.1%	6.9%	1.1%	0.3%	4.2%	21
Problemas dentales	11.9%	10.4%	5.7%	7.6%	16.4%	6.4%	2.4%	2.9%	7.2%	36
Enfermedades crónicas	9.1%	8.0%	12.0%	12.2%	10.4%	5.1%	14.7%	13.4%	11.2%	56
Problemas ginecológicos	2.8%	5.1%	3.4%	2.0%	4.3%	4.0%	4.7%	1.8%	3.4%	17
Otros	24.7%	21.0%	16.3%	19.4%	17.2%	17.0%	16.2%	21.6%	18.2%	91
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>502</b>								
Faltó a sus actividades normales	40.9%	46.8%	56.7%	43.0%	60.5%	52.8%	60.0%	48.9%	53.2%	505
Número de días que faltó a las actividades	2.7	2.4	3.5	2.6	4.9	3.3	3.1	2.4	3.3	502
<b>Ingreso perdido debido a la enfermedad</b>										
Alguien perdió ingreso por cuidar	17.4%	4.5%	9.5%	15.0%	8.5%	22.4%	6.0%	2.1%	10.4%	401
Ingreso promedio perdido	50,143	137,947	136,649	46,740	60,295	263,433	69,131	148,692	114,192	30
El (la) enfermo(a) perdió ingreso	14.7%	15.0%	18.9%	27.3%	17.7%	22.3%	8.7%	13.0%	17.8%	499
Ingreso promedio perdido	180,464	153,487	197,906	126,299	230,553	188,597	305,733	226,695	192,942	80

riqueza en estas variables. Los dos más bajos resultados en cuanto a porcentaje de pérdida de actividad y número de días perdidos se dieron, de hecho, en el grupo de menor riqueza (43% y 2.6 días perdidos) y en el grupo de mayor riqueza (48.9% y 2.4 días perdidos).

Como se indica más arriba, aunque el nivel de actividad perdida debido a enfermedad parece elevado, relativamente pocas personas declararon sufrir una pérdida financiera directa debido a problemas de salud. Hubo sólo 30 casos de los cuales el proveedor del hogar declaró que había sufrido una pérdida financiera; y 80 casos en que ocurrió que la propia persona enferma había sufrido una pérdida financiera. Cuando el proveedor fue también la persona enferma o lesionada, su pérdida financiera se incluyó en la categoría de persona enferma.

Parece haber una gran carga financiera asociada con los problemas de salud en términos de

ingresos perdidos. Misiones y Central presentaron una pérdida promedio por proveedor de aproximadamente 137,000 Guaraníes (US\$48.67), y esto fue aproximadamente el doble de la pérdida promedio de Cordillera. Sin embargo, en comparación con Misiones, que tuvo sólo el 4.5% de proveedores con una pérdida, Cordillera tuvo un mucho mayor porcentaje (17.4%) (aun cuando la subsiguiente variable de cantidad está en blanco). Cuando se preguntó si la propia persona enferma había sufrido una pérdida, en Central se presentó el mayor porcentaje (18.9%) y la mayor cantidad promedio de pérdida (198,000 Guaraníes o US\$70.34).

**Cuadro 9.22: Acciones tomadas para re-establecer su estado de salud entre personas mayores de 5 años que tuvieron una enfermedad en las 4 semanas anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Lugar al que acudió para recibir la atención</b>										
Atención fuera de la casa	33.9%	43.6%	53.4%	32.4%	57.3%	57.2%	46.1%	54.5%	49.2%	248
Atención en la casa	44.8%	37.7%	31.3%	50.9%	26.2%	26.8%	34.5%	31.2%	34.2%	173
No obtuvo atención	21.3%	18.7%	15.3%	16.7%	16.5%	16.0%	19.4%	14.3%	16.6%	84
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	505
Porque no obtuvo atención										
No lo consideró necesario	33.7%	42.7%	61.4%	33.1%	15.6%	64.8%	92.3%	49.6%	53.6%	45
Demasiado lejos	1.8%	0.0%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0
Servicios malos	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Por descuido	6.5%	2.0%	5.5%	3.0%	10.0%	5.2%	7.2%	0.0%	5.4%	5
Falta de dinero	49.3%	49.2%	27.8%	53.9%	54.5%	26.9%	0.0%	50.4%	34.4%	29
Muy ocupada	3.0%	0.0%	0.7%	0.0%	3.6%	3.1%	0.0%	0.0%	1.3%	1
Falta de transporte	0.0%	4.5%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%	0
Nadie podía cuidar a los niños	5.7%	0.0%	4.6%	6.2%	16.3%	0.0%	0.0%	0.0%	4.4%	4
Familiares no lo permitieron	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Otro	0.0%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.1%	0
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	84
<b>Lugar de Atención</b>										
<i>Público/Semi-Público</i>										
MSPBS	39.0%	23.3%	17.4%	33.0%	19.2%	34.6%	12.4%	4.4%	20.4%	51
IPS	3.5%	14.7%	18.7%	8.0%	16.7%	16.4%	16.4%	22.7%	16.5%	41
Cruz Roja/Militar	0.0%	0.7%	1.7%	0.0%	2.5%	0.0%	1.0%	3.4%	1.4%	3
Subtotal Público/Semi-Público	42.5%	38.6%	37.8%	41.0%	38.4%	51.1%	29.8%	30.5%	38.4%	95
Establecimientos privados o comerciales	13.9%	39.0%	37.9%	28.0%	35.1%	30.4%	31.1%	49.4%	35.0%	87
Otro Privado ( <i>curandero</i> , Médico home)	30.9%	15.6%	11.0%	26.3%	20.7%	12.2%	3.6%	9.2%	13.8%	34
Otro	12.7%	6.8%	13.4%	4.6%	5.7%	6.4%	35.6%	10.9%	12.8%	32
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	248
<b>Las razones para escoger el lugar</b>										
Distancia	29.6%	25.0%	34.9%	19.9%	35.4%	39.6%	39.7%	27.7%	33.6%	82
Reputación	6.2%	9.4%	5.7%	5.0%	2.4%	2.2%	3.1%	18.4%	6.0%	15
Experiencia pasada	28.6%	16.8%	19.0%	40.2%	10.6%	19.0%	20.9%	17.0%	20.0%	49
Sugerencia de otra persona	7.2%	7.4%	2.8%	6.9%	2.4%	3.0%	5.0%	2.4%	3.7%	9
En búsqueda de mejor centro	13.3%	9.2%	6.8%	8.1%	10.2%	11.7%	2.9%	4.7%	7.7%	19
Precio a pagar	7.1%	13.4%	6.0%	14.0%	14.9%	4.7%	0.6%	0.0%	6.6%	16
Disponibilidad	2.7%	2.6%	2.8%	0.4%	8.3%	0.9%	2.1%	0.6%	2.7%	7
Tiene seguros	4.3%	15.4%	20.9%	5.1%	15.3%	18.0%	22.0%	29.0%	18.5%	45
Otro	1.0%	0.8%	1.1%	0.4%	0.5%	0.9%	3.7%	0.2%	1.2%	3
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	245
<b>Quién le proporcionó la atención médica</b>										
Médico	35.1%	46.0%	58.4%	30.5%	55.0%	56.2%	57.5%	71.5%	53.6%	225
Enfermera	1.9%	2.2%	3.4%	2.5%	6.0%	4.8%	1.6%	0.0%	3.0%	13
Auxiliar de enfermería	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Farmacéutico(a)	1.9%	6.2%	3.7%	2.0%	5.7%	6.0%	1.0%	3.2%	3.6%	15
Curandero(a)	8.7%	3.6%	1.3%	9.0%	2.6%	1.6%	0.0%	0.0%	2.7%	11
Persona enferma	11.7%	10.9%	4.8%	8.8%	7.2%	5.8%	6.0%	3.9%	6.4%	27
Familiar	40.7%	30.4%	27.4%	47.2%	23.3%	25.6%	33.9%	16.7%	29.8%	125
Otro	0.0%	0.3%	1.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	4.7%	0.9%	4
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	420

En el desglose por quintiles de riqueza, la cantidad de pérdidas y el porcentaje de proveedores con pérdida parecen ser funciones no muy dependientes de la riqueza. El porcentaje de proveedores con una pérdida financiera y la cantidad promedio de la pérdida tuvieron una relación casi lineal con la riqueza, excepto en el caso del grupo de un nivel económico medio. Un 2.1% del grupo más rico declaró pérdidas monetarias o salarias por estar al cuidado de una persona enferma en su hogar. En contraste, en el grupo más pobre, 15% del grupo declaró pérdidas financieras por estar al cuidado de la persona enferma en el hogar y 27.3% de las personas enfermas sufrió pérdidas.

### **9.9.2 Acciones tomadas para re-establecer la salud.**

El Cuadro 9.22 contiene datos referentes a lo siguiente: solicitud de servicios médicos formales por parte de la persona enferma o lesionada, la razón por no solicitarlos si no los solicitaron, y el lugar donde recibió atención médica si fue fuera de la casa.

Las personas en Central tuvieron la mayor probabilidad de solicitar atención médica formal fuera de la casa (53.4%), la menor probabilidad de recibir atención médica dentro de la casa (31.3%), y la menor probabilidad de no recibir ningún tipo de atención (15.3%). Los residentes de Cordillera tuvieron la mayor probabilidad de recibir atención médica en casa (44.8%) o de no recibirla en absoluto (21.3%), y la menor probabilidad de solicitar atención fuera de la casa (33.9%). Los residentes de Misiones se ubicaron entre estos dos grupos en términos de sus acciones para re-establecer su salud.

Los grupos de riqueza muestran mucho menos variación. Los grupos que tuvieron las mayores probabilidades de solicitar atención médica fuera de la casa fueron los quintiles III y IV. El grupo que tuvo la menor probabilidad de solicitar atención médica fuera de la casa fue el más pobre (32.4%). Los más pobres tuvieron la mayor probabilidad de obtener atención médica dentro de la casa (50.9%) y los más ricos tuvieron la menor probabilidad de no solicitar atención (14.3%).

Si la persona no solicitó atención, le preguntamos por qué. Casi el 90% de la muestra, identificó dos razones primarias de entre muchas posibles opciones: o bien pensaban que no fuera necesario (53.6%) o bien decían que no tenían dinero para el tratamiento (34.4%). Aproximadamente la mitad de las respuestas en Cordillera (49.3%) y Misiones (49.2%), pero sólo el 27.8% en Central, declaró que no tenía el dinero necesario. Esto es probablemente debido a la mayor concentración de riqueza y a la disponibilidad de un mayor número de establecimientos públicos en Central. Por el contrario, de las personas que no solicitaron atención médica, Central tiene la mayor cantidad que no lo consideró necesario (61.4%).

Como era de esperarse, la cantidad de personas que declaró que no tenía dinero baja a medida que la riqueza aumenta, aunque hay una notable excepción a esta tendencia en la clase de mayor riqueza, en que más del 50% declaró no solicitar atención porque no tenía dinero. Esto es casi con certeza debido a unos pocos valores extremos en el conjunto de 83 casos de personas que no solicitaron atención. No considerar la atención necesaria, muestra pocas tendencias por riqueza.

### **9.9.3 Lugar de atención**

Si la persona salió de la casa para obtener atención médica, lo cual hicieron 248 personas (49.2% de la muestra), le hicimos una serie de preguntas sobre localidad, calidad y arancel pagado por el servicio. Lo primero que queríamos establecer es el tipo de establecimiento en que solicitaron atención médica.

**Lugar de atención.** Como muestra el Cuadro 9.22, aproximadamente la mitad de la muestra fue a establecimientos privados de un tipo u otro, y 38.4% solicitó atención en un establecimiento público o semi-público identificable. Para el 12.8% de la muestra no pudimos identificar el tipo de establecimiento mencionado, pero en esto se incluyeron hospitales de descripción indeterminada, establecimientos identificados por nombre y no por ubicación, y varios otros problemas especiales. Como observamos en la sección que se refiere a planificación familiar, era más probable en Cordillera (39%) que en Central (17.4%) que la gente fuera a los establecimientos del MSPBS. Lo

que no ocurre en la sección de planificación familiar y que sí ocurre aquí es que un porcentaje considerable de personas en Misiones (14.7%) y Central (18.7%) utilizó un establecimiento administrado por el IPS. Aunque Cordillera fue el departamento en que era más probable que se hubiera utilizado los establecimientos públicos, también fue el lugar en que era más probable (30.9%) que se hubiera solicitado una fuente informal privada para el tratamiento.

Como era de esperarse en el desglose de riqueza, el grupo de mayor riqueza fue en gran medida el que tuvo la menor probabilidad (4.4%) de utilizar los establecimientos del Ministerio de Salud y la mayor probabilidad (49.4%) de utilizar establecimientos privados. Sin embargo, también fue el grupo que tuvo la mayor probabilidad de utilizar un establecimiento del IPS (22.7%). Lo más sorprendente es que aunque las personas pobres tuvieron la mayor probabilidad de utilizar un establecimiento del MSPBS (33%), también tuvieron una buena probabilidad de utilizar un establecimiento privado (28%) o un proveedor informal o tradicional (26.3%)

#### ***Factores en la selección del centro de atención.***

La distancia (33.7%) y la experiencia previa (20.2%) fueron las razones más importantes en la selección de un centro de atención médica (ver Cuadro 9.22). La distancia fue la razón más importante en los tres departamentos, pero fue casi igual en términos de la importancia a la experiencia previa en Cordillera (29.6% contra 28.6%). Además, los costos directos jugaron un papel relativamente importante en Misiones (13.4%). Buscar un mejor establecimiento fue importante en Cordillera (13.3%), y tener seguro fue importante tanto en Central (20.9%) como en Misiones (15.4%).

En términos de los efectos de la riqueza, la distancia jugó un papel poco importante y la experiencia previa un papel considerablemente más importante (40.2%) entre los grupos de menor riqueza. Con el nivel de la riqueza la importancia de los costos directos disminuyó y del seguro aumentó. La reputación de los establecimientos también jugó un papel muy importante en el quintil más rico. Aunque vimos tendencias claras y esperadas entre las clases de riquezas, si

para una clase una razón para escoger un establecimiento fue importante, es muy probable que fuera importante para todas las clases de riqueza.

***Tipo de proveedor de servicios.*** Siendo todas las demás variables iguales, uno esperaría que los pacientes preferirían a un doctor, pero las enfermeras también son proveedoras de atención médica adecuadas para la mayoría de los tipos de enfermedades y lesiones normales; las enfermeras pueden ser preferibles en algunos casos. Además, si la persona fue atendida por más de un tipo de proveedor, probablemente identificarían más al doctor que a los otros tipos de personal médica.

Como vemos en el Cuadro 9.22, en gran medida, la mayoría de los pacientes (58.4%) fueron atendidos por médicos en Central, contra 46% en Misiones y sólo 35.1% en Cordillera. Las personas enfermas en Cordillera tuvieron la mayor probabilidad de recibir tratamiento de un miembro de la familia (40.7%), de sí mismos (11.7%), o de un curandero tradicional (8.7%).

En el desglose por grupos de riqueza, ser atendido por un doctor fue una clara función de riqueza: las personas de los grupos de mayor riqueza tuvieron el doble de probabilidad (71.5%) de ser atendidos por un médico que las personas más pobres (30.5%). En contraste, las personas del grupo más pobre tuvieron más de 3 veces la probabilidad que las personas más ricas (65% contra 20.6%) de ser atendidos por un proveedor informal, por un familiar, o de administrarse tratamientos por su cuenta. Estos efectos de la riqueza están entre los más importantes que hemos encontrado en la encuesta, y podrían tener implicaciones para el patrón de morbilidad relativa de la población.

#### ***9.9.4. Determinantes económicos del uso de los servicios de salud***

El Cuadro 9.23 presenta la información sobre los costos, indirectos y directos, asociados con los servicios médicos.

Para 50% de las personas enfermas en los tres departamentos, la duración del viaje al establecimiento donde recibió atención médica fue 20 minutos o menos. Por departamento, la duración mediana del viaje al centro de atención fue 30

minutos en Cordillera y 20 minutos Misiones y Central. Sin embargo, el promedio de costo del transporte fue mucho mayor en Misiones, 19,150 Guaraníes (US\$6.80) en comparación con Cordillera (3,749 Guaraníes, US\$1.33) o Central (1,069 Guaraníes, US\$0.38). Esto puede reflejar cierto número de viajes muy largos y con grandes gastos en el área más rural que es Misiones, lo cual no afectaría mucho la mediana de tiempo, pero sí afectaría el gasto promedio de viaje. La duración del viaje tendió a ser menor para los grupos de mayor riqueza, y sus gastos, excepto en el caso del grupo más rico (6,010 Guaraníes, US\$2.13), también disminuyeron con la riqueza.

El tiempo de espera para ser atendido es otro

indicador del costo de oportunidad de obtener tratamiento médico. La mediana de la espera era casi igual en los tres departamentos, aunque la disminución de cinco minutos en Central, afectó a la mediana de la muestra entera, disminuyéndola a 10 minutos, dada la abundancia de casos en este departamento. Como era de esperarse, las personas enfermas con más dinero esperaron menos, aunque los grupos pobres manifestaron una mediana de espera sorprendente baja de sólo cinco minutos.

A las personas que recibieron atención médica formal, les preguntaron sobre el arancel que pagaron para la atención médica directa, incluyendo el costo de las medicinas si ese costo se

**Cuadro 9.23: Determinantes económicos de la utilización de servicios de salud entre personas mayores de 5 años que tuvieron una enfermedad en las 4 semanas anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
Tiempo Mediano de viaje (minutos)	30	20	20	30	30	30	15	15	20	232
Costo de transporte (Guaraníes)	3,749	19,150	1,069	3,558	1,911	1,784	450	6,010	2,632	238
Tiempo Mediano de espera (minutos)	15	15	10	5	20	20	10	5	10	211
<b>Costo total de atención</b>										
0 (Guaraníes)	9.4%	27.4%	40.9%	19.0%	39.7%	44.3%	24.7%	47.3%	36.1%	90
1-10,000	20.2%	21.3%	8.2%	14.7%	16.3%	11.9%	5.7%	6.0%	10.5%	26
10,001-20,000	21.2%	16.6%	6.5%	28.0%	10.0%	6.3%	6.8%	0.4%	9.0%	22
20,001-45,000	23.3%	6.6%	11.9%	8.5%	10.2%	8.5%	16.2%	19.1%	13.0%	32
45,001-100,000	18.9%	16.5%	13.7%	9.3%	14.5%	19.5%	19.4%	9.5%	14.6%	36
>100,000	7.0%	11.6%	18.8%	20.5%	9.3%	9.5%	27.2%	17.7%	16.8%	42
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	249
Alguien le ayudó a cubrir los costos médicos	13.0%	8.4%	17.5%	35.3%	26.6%	4.8%	4.6%	14.1%	16.1%	188
Cuánto pagó esas otras partes (Guaraníes)	1,720,002	1,095,583	1,221,472	361,683	3,207,146	124,185	65,053	683,010	1,282,186	30
Compró medicinas	65.9%	60.7%	65.0%	57.7%	64.5%	76.1%	62.3%	64.3%	64.8%	501
<b>Cuánto pagó por los medicamentos</b>										
0 (Guaraníes)	1.1%	8.6%	6.1%	1.8%	3.2%	1.3%	13.0%	7.5%	5.4%	15
1-8,000	32.5%	29.0%	16.4%	41.5%	9.1%	23.6%	10.9%	13.2%	20.0%	55
8,001-15,000	23.0%	18.6%	18.6%	18.9%	47.4%	20.5%	5.4%	6.2%	19.4%	53
15,001-30,000	23.6%	15.7%	14.3%	11.4%	12.5%	9.7%	27.5%	18.6%	16.0%	44
30,001-52,000	9.8%	15.5%	16.9%	9.8%	18.0%	12.4%	16.8%	22.3%	15.6%	43
> 52,000	10.0%	12.6%	27.7%	16.6%	9.8%	32.5%	26.4%	32.2%	23.6%	65
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	275

incluyó en el arancel que cobraba el establecimiento. En gran medida, el mayor porcentaje de la población que no pagó por el servicio fue en Central (40.9%). El porcentaje en Central fue considerablemente mayor que los porcentajes en Misiones (27.4%) o en Cordillera (9.4%). Sin embargo, si a las personas se les cobraron en Central, pagaron un arancel mayor, quizás debido a que una cantidad significativa de clientes en Central podrían costearse visitas a establecimientos privados. La categoría más común de arancel por la atención médica en Central fue de más de 100,000 Guaraníes (US\$35.52), que se cobró a un 18.8% de la población que fue a los establecimientos de salud. El arancel más común era entre 20,001 y 45,000 Guaraníes (US\$7.11-15.99) en Cordillera, y era entre 1 y 10,000 Guaraníes (US\$3.55) en Misiones.

Sorprendentemente, que se le cobre a una persona no es una función de la riqueza. Tanto el más bajo porcentaje de personas a quienes no se les cobraron (19%) como el más alto porcentaje de personas (20.5%) a quienes se les cobraron más de 100,000 Guaraníes (US\$35.52) se dio en el grupo de menor riqueza. Excepto por este caso extremo, hubo una tendencia ligera a cobrar aranceles mayores entre los grupos más ricos, pero reiteramos que esto era muy poco. La demanda de servicios médicos parece ser inelástica, y como la distancia es el determinante más popular del lugar en que se obtienen los servicios, las personas parecen escoger el establecimiento más cercano y pagar lo que sea que se les cobre.

**Asistencia financiera para cubrir los costos médicos.** El 16.1% de los individuos enfermos reportó que alguien que no era un familiar proporcionó asistencia, y muy pocas personas explícitamente identificaron al seguro como fuente de pago. Central tuvo la más alta incidencia de asistencia con el costo del servicio, 17.5% de los individuos enfermos. El monto de la asistencia a las personas que la tenían fue considerable; un promedio de más de 1,200,000 Guaraníes (US\$426.29). Sin embargo, no haremos generalizaciones a partir de estos resultados, dado que hubo muy pocos casos (30 casos).

**Medicamentos.** La sección final del cuadro 9.23 indica si la persona enferma o lesionada tuvo que

comprar medicinas por separado de su visita al establecimiento o de su tratamiento recibido en casa. Entre el 61 y el 66% de las personas tuvo que comprar algún tipo de medicinas. Sólo el 57.7% del grupo de menores ingresos compró medicinas, lo cual es un poco menos de los valores de 62 al 76% que se dio entre los grupos más ricos. Los más altos pagos se encontraron en Central, donde el rango de pagos más común era más de 52,000 Guaraníes (US\$18.47); y los más bajos se encontraron en Cordillera, con menos de 8,000 Guaraníes (US\$2.84). Contrariamente a los aranceles por tratamiento médico que se cobraron en los establecimientos, los cuales no presentaron una gran tendencia por riqueza, el gasto en medicamentos parecen ser una función de la riqueza. Las personas del grupo de menor riqueza tuvieron tres veces más probabilidad de comprar medicinas por menos de 8,000 Guaraníes (US\$2.84) que aquellos que estuvieron en el grupo de mayor riqueza. Entre los tres grupos de mayor riqueza, el gasto en medicamentos más común era más de 52,000 Guaraníes (US\$19.26). Quizás esto refleja el racionamiento o la búsqueda de ofertas por parte de los grupos de menor riqueza, pero también podría ser causa de preocupación si el precio de los medicamentos tiene un gran efecto en la cantidad que se compra, aun cuando el medicamento sea esencial para recuperarse.

## 9.10 Disponibilidad y usos de los establecimientos de salud

En la sección final del análisis de hogares resumimos la distribución general del patrón de uso de los establecimientos de salud en los tres departamentos del estudio.

### 9.10.1. Lugar de atención

Lo primero que se debe atender es la identificación del tipo de establecimiento a los que las personas de estos departamentos fueron con mayor frecuencia (ver Cuadro 9.24).

Como muestra el Cuadro 9.24, 51.8% de las personas buscaron atención en un establecimiento del MSPBS, 23.1% fueron a un establecimiento privado, y 9.9% usaron un establecimiento del IPS. Las personas tuvieron la mayor probabilidad de utilizar un establecimiento público del MSPBS

en Cordillera (73%) y Misiones (63.7%), y la menor posibilidad de utilizar un establecimiento público en Central (46.5%). Después de los establecimientos del MSPBS, los establecimientos privados (25.5%) y los del IPS (11.6%) eran los más comunes en Central. Los establecimientos privados eran los menos comunes en Cordillera (9.7%).

El porcentaje de personas que utilizaron los establecimientos del MSPBS disminuyó a medida que aumentó el nivel económico. En contraste, uso de los establecimientos privados y, en cierta medida, los del IPS aumentó con el nivel económico del hogar.

### **9.10.2. Proximidad geográfica del lugar de atención**

Como la distancia fue uno de los factores más importantes en escoger el lugar de atención médica, uno esperaría que la mayoría de los establecimientos utilizados fueran aquellos que estuvieran más cerca del hogar. De hecho, casi tres de cada cinco personas reportó usar el establecimiento más cercano. El 85.6% de las personas en Cordillera fue al establecimiento más cercano, en tanto que sólo el 53.2% de la gente de Central hizo lo propio. El uso del establecimiento más cercano también fue función directa del nivel socioeconómico. El 73.8% de las personas en el quintil más bajo utilizó el establecimiento más cercano, en tanto que sólo el 50% de las personas del grupo más rico fue al más cercano a su hogar. Esto también coincide con la idea de que los grupos ricos prefirieron establecimientos privados que podrían estar relativamente lejos.

Entre las personas que no utilizaron el establecimiento más cercano ¿qué tipo de establecimiento pasaron por alto en su camino a la alternativa preferida? En general, los establecimientos del MSPBS constituyeron el mayor porcentaje de establecimientos más cercanos. El 80.7% de los establecimientos más cercanos que fueron pasados por alto en Cordillera era establecimientos del MSPBS, en tanto que fueron el 65.3% de tales establecimientos en Central.

El segundo tipo de establecimiento que era más probable que fuera pasado por alto era el estable-

cimiento privado. La presencia y distribución de establecimientos en el territorio tendió a influir en esta variable en la misma medida en que influyeron las preferencias de las personas. Los establecimientos del MSPBS eran los que más se usaron y los que más se evitaron en los tres departamentos. En Cordillera, el 5.8% de las personas reportó pasar por alto un establecimiento privado, esto debido a la relativa baja presencia de establecimientos privados en ese departamento.

Lo mismo ocurrió en el caso de las categorías de riqueza. El grupo más rico, el cual tendió a disponer de alternativas privadas, era de hecho el que tuvo menos probabilidad de pasar por alto un establecimiento de salud pública, en tanto que el grupo más pobre, que más prefirió usar establecimientos públicos, era el que tuvo más probabilidad de pasar por alto un establecimiento del MSPBS. Los grupos pobres pasan por alto un establecimiento público para ir a otro establecimiento público.

### **9.10.3. Razones para no utilizar el establecimiento más cercano**

El conjunto final de indicadores en el Cuadro 9.24 revela las razones por las cuales las personas de estos departamentos no utilizaron el establecimiento más cercano, si de hecho, por lo general, solicitaron una alternativa más lejana. Las tres razones más importantes aducidas fueron que tuvieron seguro que requería uso de otro establecimiento (28.5%), o que en el establecimiento más cercano la atención era mala o de baja calidad (21.7%) o que desconocían el personal médico (18.8%). La baja calidad de la atención médica fue la razón más importante para no usar la alternativa más cercana en Cordillera (33.9%) y Misiones (25.7%). Sin embargo, lo más importante en Central fue tener seguro (30.5%), lo cual está probablemente ligado a un establecimiento o a un tipo de establecimiento en particular, tal como los IPS.

Que el establecimiento no ofrecía los servicios requeridos fue relativamente importante en Cordillera (18.7%) y en Misiones (17.3%). El ofrecer servicios muy caros era un factor importante en Misiones (16.5%). Los servicios muy caros era una razón relativamente importante en el

grupo de menor riqueza (11.4%) cuando se compara con el más rico (8.3%). Pero tanto la calidad de los servicios (39.1%) como el conocimiento del personal (30.3%) eran mucho más importantes aun entre las personas más pobres. Como el grupo de personas más pobres escogió un establecimiento del MSPBS en particular y no otro, esto sugiere la existencia de disparidad en la

prestación de servicios entre los diferentes proveedores públicos. El tener seguro aumentó en importancia a medida que aumentó el nivel económico, pero, en general, las principales razones por las cuales se escogió un establecimiento (calidad del servicio, conocimiento del personal y costo del servicio) variaron poco por estado económico del hogar.

**Cuadro 9.24: Disponibilidad y uso de servicios de salud entre personas mayores de 5 años que tuvieron una enfermedad en las 4 semanas anteriores a la encuesta, por departamento y quintil económico**

Indicador	Departamento			Quintil					Total	Número de casos
	Cordillera	Misiones	Central	I	II	III	IV	V		
<b>Centro de salud utilizado con más frecuencia</b>										1309
<b>Público/Semi-Público</b>										
Establecimientos del MSPBS	73.0%	63.7%	46.5%	79.1%	70.1%	46.4%	40.9%	28.5%	51.8%	678
Establecimientos del IPS	2.7%	6.5%	11.6%	2.6%	7.0%	13.5%	11.9%	13.0%	9.9%	128
Cruz Roja o establecimiento Militar/Policial	0.0%	0.0%	2.2%	0.5%	0.8%	1.3%	0.3%	5.1%	1.7%	22
Subtotal Público/Semi-Público	75.7%	70.2%	60.3%	82.2%	77.9%	61.2%	53.1%	46.6%	63.4%	829
Establecimientos privados o comerciales	9.7%	25.1%	25.5%	5.7%	14.5%	25.5%	26.6%	39.6%	23.1%	302
Otro Privado (curandero, casa del médico)	5.0%	1.8%	2.5%	4.3%	1.1%	2.4%	1.9%	4.5%	2.8%	37
Otros	9.6%	2.9%	11.7%	7.8%	6.5%	10.9%	18.4%	9.3%	10.7%	141
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	1309
% de personas que declararon el centro como el más cercano al hogar	85.6%	75.5%	53.2%	73.8%	69.5%	57.1%	51.6%	50.0%	59.8%	1306
Centro más cercano (si no es lo más utilizado)										
<b>Establecimientos Públicos/Semi-Públicos</b>										
Establecimientos del MSPBS	80.7%	78.0%	65.3%	86.7%	74.8%	67.6%	72.7%	47.2%	66.7%	353
Establecimientos del IPS	0.0%	4.9%	4.6%	0.0%	3.5%	6.6%	0.9%	8.2%	4.4%	23
Cruz Roja o establecimiento Militar/Policial	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0
Subtotal Público/Semi-Público	80.7%	82.9%	69.9%	86.7%	78.2%	74.1%	73.6%	55.5%	71.0%	376
Establecimientos privados o comerciales	5.8%	15.7%	17.4%	9.1%	6.5%	8.3%	21.0%	28.1%	16.7%	88
Otro Privado (curandero, casa del médico)	2.2%	0.0%	1.9%	1.2%	1.1%	0.0%	0.0%	5.6%	1.8%	10
Otros	11.3%	1.4%	10.9%	3.0%	14.2%	17.6%	5.4%	10.9%	10.5%	56
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	529
<b>Razón principal porque no utilizo el centro más cercano</b>										
Horario inconveniente	1.8%	0.5%	6.1%	0.2%	1.6%	7.8%	12.1%	2.2%	5.6%	30
No ofrecen servicios	18.7%	17.3%	6.6%	6.6%	7.4%	11.1%	6.4%	7.2%	7.8%	41
Mala atención/baja calidad de servicios	33.9%	25.7%	20.8%	39.1%	15.5%	33.3%	9.1%	20.2%	21.7%	114
Escasez de materiales	8.4%	3.7%	2.7%	3.4%	7.1%	1.8%	2.9%	1.7%	3.0%	16
Desconocimiento del personal médico	13.9%	16.1%	19.2%	30.3%	30.0%	16.8%	17.1%	11.0%	18.8%	99
Muy caro	5.5%	16.5%	7.2%	11.4%	7.9%	5.7%	6.2%	8.3%	7.5%	40
Tiene seguros	10.0%	10.4%	30.5%	7.0%	23.8%	18.0%	32.1%	45.3%	28.5%	150
Otras	7.8%	9.8%	6.9%	2.0%	6.7%	5.5%	14.1%	4.1%	7.1%	37
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	527

## REFERENCIAS

- Bratt, John H, James Foreit, Pai-Lien Chen, et al. 1998. A comparison of four approaches for measuring clinician time use. Unpublished manuscript. (Research Triangle Park: Family Health International), p. 15.
- Filmer, Deon and Lant Pritchett. 1998. Estimating wealth effects without income or expenditure data, or tears: Educational enrollment in India. *Policy Research Working Paper No. 1994*. (Washington, DC: World Bank Development Research Group, Poverty and Human Resources), p. 38.
- Filmer, Deon and Lant Pritchett. 1999. The effect of household wealth on educational attainment: Evidence from 35 countries. *Population and Development Review* 25(1).
- Flecha, Oscar, Juan Manuel Ortellado, Rubén Gaete, Esperanza Martínez, and Agustín Carrizosa. 1996. Diagnóstico sobre la Situación del Sector Salud en el Paraguay, *Serie Estudios, Volumen 11*. (Asunción: Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social), p. 157.
- Ramírez de Rojas, María Elena. 1997. Paraguay, Situación de Salud. (Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social Dirección General de Planificación y Evaluación), p. 83.
- ENDSR. 1997. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva, 1995-1996. (Asunción: Centro Paraguay de Estudios de Población), p. 281.
- ENSMI. 1998. Informe Preliminar: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998. (Asunción: Centro Paraguay de Estudios de Población), p. 43.
- ODCI. 1998. Paraguay. In The World Factbook, electronic. Available: <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/pa.html>, 6/10/99.
- PAHO. 1998. Paraguay. In Health in the Americas Volume II, 1998 Edition. Scientific Publication No. 569. (Washington, DC: PAHO), pp. 401-412.
- PRB. 1998. 1998 World Population Chart, (Washington, DC: Population Reference Bureau).
- UNICEF. 1998. The State of the World's Children 1998. (New York: Oxford University Press), p. 131.
- World Bank, 1998a. Paraguay at a Glance, electronic. Available: [http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/pry\\_aag.pdf](http://www.worldbank.org/data/countrydata/aag/pry_aag.pdf), 6/10/99.
- World Bank, 1998b. World Development Indicators 1998. (Washington, D.C.: World Bank), p. 389.
- World Bank, 1999. World Development Report, 1998/99: Knowledge for Development. (New York, N.Y : Oxford University Press), p. 251.



# Anexo A

## Mapas

## **ANEXO B**

### **CUADROS SUPLEMENTARIOS: CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



**Cuadro B.1.**  
**Distribución de establecimientos de salud, según departamento**

Departamento	Público				Privado		TOTAL
	Hospital Regional	Hospital Distrital	Centro de Salud	Puesto de Salud	Sanatorio	Clínica	
Asunción	0	0	11	18	0	1	30
Cordillera	1	0	13	8	1	0	23
Misiones	1	0	6	9	1	0	17
Central	1	3	13	34	11	5	67
Total	3	3	43	69	13	6	137

**Cuadro B.2.**  
**Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de planificación familiar, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Píldora	Condón	DIU	Inyección
<b>Asunción</b>				
Centro de Salud	90.9	90.9	90.9	81.8
Puesto de Salud	55.6	55.6	50.0	38.9
Clínica	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	70.0	70.0	66.7	56.7
<b>Cordillera</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	0.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	53.9
Puesto de Salud	100.0	100.0	50.0	25.0
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	100.0	100.0	82.6	43.5
<b>Misiones</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	88.9	88.9	22.2	88.9
Sanatorio	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	88.2	88.2	52.9	88.2
<b>Central</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	84.6
Puesto de Salud	79.4	76.5	41.2	67.7
Sanatorio	18.2	27.3	36.4	36.4
Clínica	40.0	20.0	60.0	60.0
Total	71.6	70.2	56.7	67.2

**Cuadro B.3.**  
**Porcentaje de establecimientos en los que se agotaron métodos anticonceptivos en los últimos seis meses, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Píldora	Condón	DIU	Inyección
<b>Asunción</b>				
Centro de Salud	10.0	30.0	30.0	11.1
Puesto de Salud	40.0	20.0	11.1	42.9
Clínica	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	23.8	23.8	20.0	23.5
<b>Cordillera</b>				
Hospital Regional	0.0	0.0	0.0	--
Centro de Salud	7.7	23.1	15.4	71.4
Puesto de Salud	25.0	37.5	25.0	0.0
Sanatorio	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	13.0	26.1	15.8	50.0
<b>Misiones</b>				
Hospital Regional	0.0	0.0	0.0	100.0
Centro de Salud	16.7	50.0	16.7	83.3
Puesto de Salud	12.5	0.0	0.0	50.0
Sanatorio	--	--	--	--
Total	13.3	20.0	11.1	66.7
<b>Central</b>				
Hospital Regional	0.0	0.0	0.0	0.0
Hospital Distrital	0.0	0.0	0.0	33.3
Centro de Salud	53.9	61.5	76.9	72.7
Puesto de Salud	11.1	3.9	14.3	26.1
Sanatorio	0.0	0.0	0.0	0.0
Clínica	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	20.8	19.2	31.6	33.3

**Cuadro B.4.****Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de salud infantil y de la niñez, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Diarrea	IRA	Control Puerperio	Control de Crecimiento y Desarrollo	Vacuna BCG	Vacuna Polio	Vacuna DPT	Vacuna Antisarampión
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	100.0	100.0	90.9	81.8	100.0	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	94.4	94.4	61.1	72.2	61.1	94.4	94.4	88.9
Clínica	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	96.7	96.7	73.3	76.7	76.7	96.7	96.7	93.3
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	87.5	87.5	62.5	87.5	75.0	87.5	87.5	87.5
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	95.7	95.7	87.0	95.7	91.3	95.7	95.7	95.7
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9	88.9
Sanatorio	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	88.2	88.2	94.1	88.2	94.1	94.1	94.1	94.1
<b>Central</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	92.3	92.3	92.3	61.5	92.3	92.3	92.3	92.3
Puesto de Salud	97.1	82.4	67.7	41.2	73.5	85.3	85.3	82.4
Sanatorio	90.9	90.9	72.7	81.8	72.7	72.7	72.7	72.7
Clínica	80.0	80.0	80.0	100.0	60.0	60.0	60.0	60.0
Total	94.0	86.6	76.1	59.7	77.6	83.6	83.6	82.1

**Cuadro B.5.****Porcentaje de establecimientos que ofrecen servicios de salud materna, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Control Prenatal	Vacuna Antitetánica	Partos	Parto c/complicaciones	Control Post-Parto	Prueba de Pap	Suplemento de Ácido Fólico	Suplemento de Hierro
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	100.0	100.0	27.3	18.2	90.9	100.0	27.3	45.5
Puesto de Salud	77.8	77.8	5.6	5.6	77.8	55.6	33.3	33.3
Clínica	100.0	100.0	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0	100.0
Total	86.7	86.7	13.3	10.0	83.3	70.0	33.3	40.0
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	92.3	30.8	100.0	100.0	23.1	38.5
Puesto de Salud	75.0	87.5	62.5	0.0	75.0	62.5	0.0	50.0
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	91.3	95.7	82.6	26.1	91.3	87.0	17.4	47.8
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	50.0	66.7
Puesto de Salud	88.9	88.9	44.4	0.0	88.9	77.8	33.3	66.7
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Total	94.1	94.1	70.6	47.1	94.1	88.2	41.2	64.7
<b>Central</b>								
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0	66.7	100.0	100.0	0.0	0.0
Centro de Salud	92.3	92.3	84.6	46.2	92.3	92.3	23.1	53.9
Puesto de Salud	73.5	85.3	14.7	5.9	58.8	79.4	20.6	44.1
Sanatorio	72.7	72.7	63.6	63.6	63.6	63.6	45.5	45.5
Clínica	60.0	40.0	60.0	60.0	60.0	60.0	20.0	20.0
Total	77.6	82.1	44.8	31.3	68.7	79.1	23.9	41.8

**Cuadro B.6.**  
**Número mediana de días por semana que ofrecen servicios de planificación familiar seleccionados, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Píldora	Condón	DIU
<b>Asunción</b>			
Centro de Salud	5.5	6.0	6.0
Puesto de Salud	5.0	5.0	5.0
Clínica	6.0	--	6.0
Total	5.0	5.0	5.0
<b>Cordillera</b>			
Hospital Regional	5.0	5.0	--
Centro de Salud	6.0	6.0	6.0
Puesto de Salud	6.0	6.0	6.0
Sanatorio	4.0	4.0	4.0
Total	6.0	6.0	6.0
<b>Misiones</b>			
Hospital Regional	5.0	5.0	5.0
Centro de Salud	5.0	5.0	5.0
Puesto de Salud	5.0	5.0	5.0
Sanatorio	--	--	--
Total	5.0	5.0	5.0
<b>Central</b>			
Hospital Regional	5.0	5.0	5.0
Hospital Distrital	5.0	5.0	5.0
Centro de Salud	5.0	5.0	5.0
Puesto de Salud	5.5	5.5	5.5
Sanatorio	7.0	7.0	7.0
Clínica	6.0	6.0	6.0
Total	5.0	5.0	6.0

**Cuadro B.7.****Número mediana de días por semana que ofrecen servicios de salud infantil y de la niñez:  
según el tipo de establecimiento y departamento**

	Diarrea	IRA	Control Puerperio	Control de Crecimiento y Desarrollo	Vacuna BCG	Vacuna de Polio	Vacuna DPT	Vacuna Antisarampión
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	5.0	5.0	5.0	6.0	1.0	6.0	6.0	1.0
Puesto de Salud	5.0	5.0	5.0	5.0	1.0	5.0	5.0	1.0
Clínica	6.0	6.0	6.0	6.0	--	6.0	6.0	6.0
Total	5.0	5.0	5.0	5.0	1.0	5.0	5.0	1.0
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	7.0	5.0	5.0	5.0	1.0	6.0	6.0	1.0
Centro de Salud	7.0	7.0	6.0	5.0	1.0	6.0	6.0	1.0
Puesto de Salud	7.0	6.0	5.0	5.0	1.0	6.0	6.0	1.0
Sanatorio	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
Total	7.0	7.0	6.0	5.0	1.0	6.0	6.0	1.0
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	5.0	5.0	5.0	5.0	--	5.0	5.0	--
Centro de Salud	7.0	7.0	5.0	5.0	1.0	7.0	7.0	1.0
Puesto de Salud	6.0	6.0	5.0	5.0	--	5.0	5.0	--
Sanatorio	--	--	5.0	--	--	5.0	5.0	--
Total	7.0	7.0	5.0	5.0	1.0	5.0	5.0	1.0
<b>Central</b>								
Hospital Regional	7.0	7.0	7.0	5.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Hospital Distrital	7.0	7.0	7.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Centro de Salud	6.5	6.0	6.0	5.0	1.0	6.0	6.0	6.0
Puesto de Salud	6.0	6.0	5.0	6.0	2.0	6.0	6.0	5.0
Sanatorio	6.5	6.5	6.5	6.0	7.0	6.5	6.5	6.5
Clínica	6.0	--	--	--	6.0	6.0	6.0	6.0
Total	6.0	6.0	6.0	6.0	3.0	6.0	6.0	6.0

**Cuadro B.8.**  
**Número mediana de días por semana que ofrecen servicios de salud materna, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Control Prenatal	Vacuna Antitetánica	Partos	Parto c/compli.	Control Post-Parto	Prueba de Pap	Suplemento Ácido Fólico	Suplemento Hierro
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Puesto de Salud	4.5	5.0	7.0	7.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Clínica	6.0	6.0	--	--	6.0	--	6.0	6.0
Total	5.0	5.0	6.5	7.0	5.0	5.0	6.0	6.0
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	5.0	6.0	7.0	7.0	5.0	5.0	--	5.0
Centro de Salud	6.0	6.0	7.0	7.0	6.0	6.0	6.0	6.0
Puesto de Salud	5.5	6.0	7.0	--	5.5	5.0	--	6.0
Sanatorio	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0
Total	6.0	6.0	7.0	7.0	6.0	6.0	6.0	6.0
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	5.0	5.0	7.0	7.0	5.0	5.0	5.0	5.0
Centro de Salud	5.0	5.0	7.0	7.0	6.0	5.0	5.0	5.0
Puesto de Salud	5.0	5.0	7.0	--	5.0	5.0	5.0	5.0
Sanatorio	5.0	5.0	7.0	7.0	5.0	5.0	--	--
Total	5.0	5.0	7.0	7.0	5.0	5.0	5.0	5.0
<b>Central</b>								
Hospital Regional	6.0	6.0	7.0	7.0	7.0	6.0	--	--
Hospital Distrital	6.0	6.0	7.0	7.0	7.0	6.0	--	--
Centro de Salud	6.0	6.0	7.0	7.0	6.5	6.0	6.0	6.0
Puesto de Salud	5.0	6.0	6.0	1.0	5.0	5.0	6.0	6.0
Sanatorio	6.5	7.0	7.0	7.0	7.0	6.0	7.0	7.0
Clínica	6.0	6.0	7.0	7.0	7.0	7.0	6.0	6.0
Total	6.0	6.0	7.0	7.0	6.0	6.0	6.0	6.0

**Cuadro B.9.****Porcentaje de establecimientos que cobran aranceles por servicios de planificación familiar y servicios de salud infantil y de la niñez, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Control de								
	Servicios De PF	Diarrea	IRA	Control Puerperio	Crecimiento y Desarrollo	Vacuna BCG	Vacuna Polio	Vacuna DPT	Vacuna Antisarampión
<b>Asunción</b>									
Centro de Salud	63.6	70.0	77.8	75.0	71.4	0.0	0.0	0.0	25.0
Puesto de Salud	33.3	72.7	72.7	71.4	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Clínica	0.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	43.3	72.7	76.2	75.0	70.6	7.1	5.6	5.6	11.8
<b>Cordillera</b>									
Hospital Regional	0.0	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de Salud	41.7	100.0	100.0	100.0	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Puesto de Salud	57.1	100.0	100.0	100.0	100.0	--	--	--	--
Sanatorio	0.0	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	42.9	100.0	100.0	100.0	85.7	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Misiones</b>									
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Centro de Salud	100.0	83.3	83.3	66.7	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Puesto de Salud	87.5	75.0	87.5	75.0	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sanatorio	0.0	--	--	0.0	--	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	87.5	80.0	86.7	68.8	73.3	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>Central</b>									
Hospital Regional	0.0	--	--	--	--	--	--	--	--
Hospital Distrital	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	--	--	--	--
Centro de Salud	76.9	66.7	90.0	90.0	60.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Puesto de Salud	51.5	83.3	90.0	88.2	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Sanatorio	9.1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Clínica	20.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	47.0	83.3	92.3	91.7	76.2	17.9	17.9	17.9	17.9

**Cuadro B.10.**

**Porcentaje de establecimientos que cobran aranceles por servicios de salud materna, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Control Prenatal	Vacuna Antitetánic	Parto	Parto c/ Complic	Control Post-Parto	Prueba de Pap	Suplemento Ácido	Suplemento Hierro
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	88.9	66.7	100.0	100.0	100.0	77.8	0.0	0.0
Puesto de Salud	88.9	20.0	100.0	100.0	88.9	83.3	25.0	25.0
Clínica	100.0	--	--	--	100.0	--	--	--
Total	89.5	37.5	100.0	100.0	94.1	80.0	20.0	16.7
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de Salud	100.0	50.0	100.0	100.0	100.0	100.0	--	50.0
Puesto de Salud	100.0	100.0	100.0	--	100.0	100.0	--	100.0
Sanatorio	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	100.0	66.7	100.0	100.0	100.0	100.0	--	66.7
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Centro de Salud	100.0	0.0	100.0	80.0	83.3	0.0	0.0	0.0
Puesto de Salud	85.7	0.0	100.0	--	87.5	57.1	0.0	0.0
Sanatorio	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0	100.0	--	--
Total	93.3	0.0	100.0	85.7	75.0	33.3	0.0	0.0
<b>Central</b>								
Hospital Regional	--	--	--	--	--	--	--	--
Hospital Distrital	100.0	--	100.0	100.0	100.0	100.0	--	--
Centro de Salud	100.0	11.1	100.0	100.0	66.7	44.4	100.0	60.0
Puesto de Salud	100.0	7.7	100.0	--	93.8	86.7	50.0	50.0
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	--	100.0	100.0	--	--
Clínica	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	100.0	20.0	100.0	100.0	87.1	75.9	71.4	57.1

**Cuadro B.11.**  
**Precio promedio en Guaraníes de los métodos anticonceptivos, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Píldora	Condón	DIU	Inyección
<b>Asunción</b>				
Centro de Salud	2286	2286	2500	2500
Puesto de Salud	1418	1418	502	1376
Clínica	--	--	--	--
Total	1885	1885	1834	1750
<b>Cordillera</b>				
Hospital Regional	--	--	--	--
Centro de Salud	2167	2750	4583	2000
Puesto de Salud	3000	2730	6500	3000
Sanatorio	--	--	--	--
Total	2545	2741	4857	2167
<b>Misiones</b>				
Hospital Regional	3000	3000	3000	3000
Centro de Salud	1335	1335	1335	1335
Puesto de Salud	2429	2429	1502	2429
Sanatorio	--	--	--	--
Total	2001	2001	1557	2001
<b>Central</b>				
Hospital Regional	--	--	--	--
Hospital Distrital	3667	3667	4500	3667
Centro de Salud	2401	2401	5451	2334
Puesto de Salud	2941	2938	4188	2933
Sanatorio	--	--	--	--
Clínica	--	--	--	--
Total	2743	2734	4501	2691

**Cuadro B.12.****Precio promedio en Guaraníes por los servicios de salud infantil y de la niñez, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Diarrea	IRA	Control Puerperio	Control de Crecimiento y Desarrollo	Vacuna BCG	Vacuna Polio	Vacuna DPT	Vacuna Antisarampión
<b>Asunción</b>								
Centro de Salud	2357	2143	2000	2400	--	--	--	--
Puesto de Salud	2250	2250	2500	2250	--	--	--	--
Clínica	35000	35000	35000	35000	10000	10000	10000	10000
Total	4344	4250	4958	5042	10000	10000	10000	5000.0
<b>Cordillera</b>								
Hospital Regional	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de Salud	3000	2857	2833	2667	--	--	--	--
Puesto de Salud	3000	3000	3000	3000	--	--	--	--
Sanatorio	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	3000	2917	2900	2833	--	--	--	--
<b>Misiones</b>								
Hospital Regional	2000	2000	2000	2000	--	--	--	--
Centro de Salud	2000	2000	2000	2000	--	--	--	--
Puesto de Salud	2000	2000	2000	2000	--	--	--	--
Sanatorio	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	2000	2000	2000	2000	--	--	--	--
<b>Central</b>								
Hospital Regional	--	--	--	--	--	--	--	--
Hospital Distrital	3667	3667	3667	5000	--	--	--	--
Centro de Salud	3000	2889	2889	3000	--	--	--	--
Puesto de Salud	2867	2889	2800	2833	--	--	--	--
Sanatorio	30000	30000	30000	30000	28333	23333	23333	33333
Clínica	23333	23333	23333	23333	25000	25000	25000	25000
Total	7733	6917	7242	11938	27000	24000	24000	30000

**Cuadro B.13.****Precio promedio en Guaraníes por los servicios de salud materna, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Control Prenatal	Vacuna Antitetáni	Parto	Parto Cesárea	Control Post-	Prueba de Papanicolau	Suplemento de Ácido Fólico	Suplemento de Hierro
<b>Asunción</b>								
Centro de	2250	2250	86667	200000	2000	2143	--	--
Puesto de	2500	1250	50000	50000	2500	2300	3000	3000
Clínica	35000	--	--	--	35000	--	--	--
Total	4294	1917	77500	125000	4312	2208	3000	3000
<b>Cordillera</b>								
Hospital	--	--	--	--	--	--	--	--
Centro de	2857	3000	17000	10000	2833	2260	--	3000
Puesto de	3000	3000	17000	--	3000	3000	--	3000
Sanatorio	--	--	--	--	--	--	--	--
Total	2917	3000	17000	10000	2900	2471	--	3000
<b>Misiones</b>								
Hospital	2000	--	20000	90000	--	--	--	--
Centro de	2000	--	20667	36000	2200	--	--	--
Puesto de	2333	--	18750	--	2429	2000	--	--
Sanatorio	30000	--	600000	900000	--	30000	--	--
Total	4143	--	68250	189000	2333	7600	--	--
<b>Central</b>								
Hospital	--	--	--	--	--	--	--	--
Hospital	3667	--	43333	177500	4000	3000	--	--
Centro de	2800	3000	26700	36500	2833	3000	2500	2667
Puesto de	2833	3000	35500	--	2933	2923	4000	3250
Sanatorio	21667	12875	120000	--	20000	40000	--	--
Clínica	25000	25000	262500	25000	25000	25000	25000	25000
Total	5694	11350	113200	66556	5889	8318	7600	5750

**Cuadro B.14.****Número mediano de personal médico, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Médico General	Pediatra	Obstetra	Enfermera Licenciada	Auxiliar de Enfermería	Técnico
<b>Asunción</b>						
Centro de Salud	2.0	2.0	2.0	1.0	5.0	1.0
Puesto de Salud	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0
Clínica	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0
Total	1.0	2.0	1.0	1.0	3.0	0.0
<b>Cordillera</b>						
Hospital	17.0	13.0	16.0	10.0	58.0	20.0
Centro de Salud	1.0	0.0	0.0	1.0	8.0	1.0
Puesto de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
Sanatorio	4.0	1.0	2.0	0.0	5.0	0.0
Total	1.0	0.0	0.0	0.0	5.0	0.0
<b>Misiones</b>						
Hospital	4.0	2.0	1.0	2.0	30.0	2.0
Centro de Salud	1.0	0.5	0.0	0.0	3.5	0.0
Puesto de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
Sanatorio	0.0	2.0	1.0	0.0	4.0	0.0
Total	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0
<b>Central</b>						
Hospital	8.0	21.0	22.0	5.0	56.0	22.0
Hospital	7.0	10.0	7.0	6.0	32.0	7.0
Centro de Salud	2.0	2.0	1.0	3.0	9.0	2.0
Puesto de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0
Sanatorio	3.0	2.0	2.0	0.0	3.0	0.0
Clínica	1.0	2.0	0.0	0.0	4.0	0.0
Total	1.0	1.0	0.0	1.0	2.0	0.0

**Cuadro B.15.**  
**Porcentaje de establecimientos con al menos un personal capacitado en servicios seleccionados, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Planificación		Tratamiento	
	Familiar	Partos	Diarrea	Tratamiento IRA
<b>Asunción</b>				
Centro de Salud	90.9	81.8	100.0	100.0
Puesto de Salud	55.6	55.6	88.9	83.3
Clínica	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	70.0	66.7	93.3	90.0
<b>Cordillera</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	92.3	100.0	100.0
Puesto de Salud	87.5	12.5	87.5	87.5
Sanatorio	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	95.7	65.2	95.7	95.7
<b>Misiones</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	66.7	100.0	100.0
Puesto de Salud	88.9	11.1	77.8	88.9
Sanatorio	0.0	100.0	0.0	0.0
Total	88.2	41.2	82.4	88.2
<b>Central</b>				
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	84.6	92.3	84.6
Puesto de Salud	79.4	38.2	100.0	82.4
Sanatorio	18.2	45.5	81.8	81.8
Clínica	20.0	40.0	60.0	60.0
Total	70.2	52.2	92.5	82.1

**Cuadro B.16.**  
**Porcentaje de establecimientos que ofrecen charlas en grupo sobre temas seleccionados, según el tipo de establecimiento y departamento**

	TEMAS		
	Planificación Familiar	Salud Materna	Salud Infantil y de la Niñez
<b>Asunción</b>			
Centro de Salud	81.8	90.9	90.9
Puesto de Salud	61.1	66.7	94.4
Clínica	0.0	0.0	0.0
Total	66.7	73.3	90.0
<b>Cordillera</b>			
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	100.0	87.5	87.5
Sanatorio	100.0	100.0	100.0
Total	100.0	95.7	95.7
<b>Misiones</b>			
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	83.3	83.3	83.3
Puesto de Salud	77.8	88.9	77.8
Sanatorio	0.0	0.0	0.0
Total	76.5	82.4	76.5
<b>Central</b>			
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	82.4	79.4	79.4
Sanatorio	9.1	27.3	36.4
Clínica	0.0	20.0	20.0
Total	68.7	71.6	73.1

**Cuadro B.17.****Porcentaje de establecimientos que disponen de material IEC, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Planificación Familiar	Control Prenatal	Partos	Control Post-Partum	Inmunización	Puntaje IEC
<b>Cordillera</b>						
Centro de Salud	100.0	100.0	83.3	100.0	100.0	9.50
Puesto de Salud	100.0	75.0	50.0	100.0	75.0	8.00
Total	100.0	90.0	70.0	100.0	90.0	8.90
<b>Misiones</b>						
Hospital Regional	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	5.00
Centro de Salud	100.0	66.7	0.0	66.7	100.0	6.33
Puesto de Salud	85.7	28.6	0.0	57.1	42.9	2.43
Total	90.9	45.5	0.0	63.6	63.6	3.73
<b>Central</b>						
Hospital Distrital	100.0	33.3	33.3	33.3	100.0	7.33
Centro de Salud	100.0	87.5	50.0	75.0	100.0	9.00
Puesto de Salud	65.0	65.0	20.0	25.0	75.0	6.30
Total	77.4	67.7	29.0	38.7	83.9	7.10

**Cuadro B.18.****Agotamiento de insumos médicos y vacunas, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Vacuna Antitetánica	Vacuna BCG	Vacuna de Polio	Vacuna DPT	Vacuna Antisarampión	Paquetes Hidratantes
<b>Cordillera</b>						
Centro de Salud	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	33.3
Puesto de Salud	25.0	75.0	25.0	25.0	25.0	25.0
Total	30.0	40.0	10.0	10.0	10.0	28.6
<b>Misiones</b>						
Hospital Regional	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
Centro de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Puesto de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5
<b>Central</b>						
Hospital Distrital	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
Centro de Salud	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0
Puesto de Salud	15.0	11.1	10.5	10.5	10.5	31.3
Total	10.0	7.1	6.9	6.9	6.9	37.5

**Cuadro B.19.**

**Porcentaje de establecimientos que tuvieron agotamiento de jeringas y guantes en los últimos seis meses, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Jeringa	Jeringa Desechable	Guantes	Guantes Desechables
<b>Cordillera</b>				
Centro de Salud	40.0	16.7	0.0	20.0
Puesto de Salud	0.0	0.0	100.0	--
Total	25.0	10.0	25.0	20.0
<b>Misiones</b>				
Hospital Regional	--	100.0	--	100.0
Centro de Salud	66.7	100.0	100.0	66.7
Puesto de Salud	20.0	66.7	--	50.0
Total	37.5	77.8	100.0	60.0
<b>Central</b>				
Hospital Distrital	--	0.0	--	33.3
Centro de Salud	33.3	14.3	66.7	60.0
Puesto de Salud	20.0	31.6	0.0	31.3
Total	25.0	24.1	33.3	37.5

**Cuadro B.20.**

**Porcentaje de establecimientos que mantienen registros de información, según el tipo de establecimiento y departamento**

	Mantenimiento Bueno	Registro Separado Cada Cliente	Dirección del Cliente
<b>Cordillera</b>			
Centro de Salud	100.0	83.3	100.0
Puesto de Salud	100.0	100.0	100.0
Total	100.0	90.0	100.0
<b>Misiones</b>			
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	0.0
Puesto de Salud	85.7	100.0	0.0
Total	90.9	100.0	10.0
<b>Central</b>			
Hospital Distrital	66.7	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	100.0	100.0
Puesto de Salud	100.0	100.0	100.0
Total	96.8	100.0	100.0

**Cuadro B.21.**

**Porcentaje de establecimientos que recibieron una visita de supervisión en los últimos 6 meses, por tipo de supervisión, tipo de establecimiento y departamento**

	<b>Tipo de Supervisión</b>		
	Planificación Familiar	Salud Materno-Infantil	Inmunización
<b>Cordillera</b>			
Centro de Salud	50.0	66.7	50.0
Puesto de Salud	50.0	50.0	50.0
Total	50.0	60.0	50.0
<b>Misiones</b>			
Hospital Regional	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	33.3	33.3	66.7
Puesto de Salud	66.7	83.3	83.3
Total	60.0	70.0	80.0
<b>Central</b>			
Hospital Distrital	100.0	100.0	100.0
Centro de Salud	100.0	87.5	87.5
Puesto de Salud	40.0	40.0	50.0
Total	61.3	58.1	64.5

## **ANEXO C**

### **NOTAS TÉCNICAS DE LAS SECCIONES DE COSTOS Y EFICIENCIA**



Este anexo contiene explicaciones detalladas sobre algunos aspectos técnicos de la metodología usada para la determinación de los indicadores de costo y eficiencia presentados en las Secciones 6 y 7 de este informe.

El sistema de información de estadística sanitaria del Ministerio de Salud Público y Bienestar Social (MSPBS) fue diseñado con un criterio de control de cobertura y metas de los establecimientos públicos y, si bien considera aspectos de producción de los distintos tipos de servicios brindados en sus establecimientos, no posee una apertura adecuada para la determinación de costos unitarios. Los datos de producción fueron tomados del Informe de Servicios Prestados del MSPBS correspondiente al mes de setiembre de 1998 de las Regiones Sanitarias (Departamentos) de Cordillera, Central y Misiones. Se diseñó una planilla especial para la determinación de la producción por tipo de servicio para cada establecimiento, utilizando como herramienta la planilla electrónica EXCEL. Esta planilla permite capturar la producción por tipo de prestador: Médicos, Lic. Enfermería/Obstetricia y Auxiliares de Enfermería para los servicios objeto del estudio, además de calcular la producción equivalente de los otros tipos de servicios que se brindan en cada establecimiento y están registradas en el informe estadístico respectivo.

### **C.1. Producción de otros servicios**

Para considerar en el análisis la diversidad de servicios que se brindan en los establecimientos pero que no son objeto del estudio se creó la

categoría “otros” servicios y se usó un método de estandarización por factores de ponderación. Estos factores de ponderación permiten estandarizar la unidad de medición de producción de los servicios a fin de poder sumarlas y considerarlas como una sola clase de servicios e imputarle los costos respectivos. Los servicios brindados a los cuales se les calculó la equivalencia se presentan en el Cuadro C.1.

Se ha definido como parámetro de estandarización el tiempo promedio que se necesita para prestar los servicios. El servicio de referencia es "Consulta de Otras Clínicas", el cual necesita de 10 minutos en promedio. Los otros servicios se equiparan al servicios de referencia. Los factores de conversión se obtienen por la relación entre el tiempo necesario para producir el servicio y el tiempo del servicio de referencia. Así, si una consulta de diabetes lleva 20 minutos, eso equivale a dos "Consultas de Otras Clínicas", en consecuencia el factor es 2. El tiempo requerido para estos servicios se determinó a través de entrevistas a personal médico de establecimientos de salud, familiarizados en la prestación de estos servicios. A partir de estas consideraciones se pudieron establecer las relaciones presentadas en el Cuadro C.2.

Al aplicar estos factores a la cantidad de producción para cada servicio se obtuvieron las producciones del periodo considerado, lo cual permitió estandarizarlas a fin de sumarlas y considerarlas como una sola clase de servicios, que fue tratada como "otros servicios". Los totales absolutos de la cantidad de servicios producidos (incluido la

**Cuadro C.1: Lista de otros servicios**

Consultas de lepra	Cirugía menor
Consultas de tuberculosis y Sida	Aplicación de yeso
Enfermedades sexuales transmisibles	Nebulizaciones
Enfermedades cardiovasculares	Odontología, curaciones y urgencias
Consultas diabetes	Odontología, charlas
Consultas cáncer	Toma de muestras (donde no hay laboratorio)
Accidentes	Visitas domiciliarias
Consultas de otras clínicas	Entrevistas
Curaciones	Clubes
Inyecciones	Charlas

**Cuadro C.2. Factores de equivalencias**

<b>Otros Servicios</b>	Tiempo promedio en brindar el servicio (minutos)	Equivalencia Consulta Otras Clínicas/ Factor de equivalencia
Consultas de lepra	20	2.00
Consultas de tuberculosis y Sida	20	2.00
Enfermedades sexuales transmisibles	20	2.00
Enfermedades cardiovasculares	20	2.00
Consultas diabetes	20	2.00
Consultas cáncer	20	2.00
Accidentes	20	2.00
Consultas de otras clínicas	10	1.00
Curaciones	15	1.50
Inyecciones	5	0.50
Cirugía menor	20	2.00
Aplicación de yeso	0	0.00
Nebulizaciones	8	0.80
Odontología, curaciones y urgencias	20	2.00
Odontología, charlas	20	2.00
Toma de muestras (donde no hay laboratorio)	15	1.50
Visitas domiciliarias	20	2.00
Entrevistas	10	1.00
Clubes	30	3.00
Charlas	20	2.00

producción equivalente) para cada establecimiento se expresan en la línea "Total Output" de la matriz de cálculo de costos

### **C.2. Selección de grupos de establecimientos y selección del establecimiento representativo para realizar el análisis de costos indirectos**

La metodología para estimar costos usada en este estudio requirió la estimación de costos indirectos. Con ese fin, se definieron grupos "homogéneos" de establecimientos para luego seleccionar un establecimiento representativo de cada grupo. Estudios "a profundidad" sobre costos indirectos se realizaron en los establecimientos elegidos. Estos costos indirectos, se transforman en porcentajes, los cuales, se aplican a todos los establecimientos componentes del grupo al cual pertenecen los establecimientos representativos.

Se determinaron criterios para agrupar los distintos establecimientos según una serie de indicadores a los cuales se les asignaron ponderaciones. Para el efecto se utilizaron indicadores de medición objetiva, basados en los recursos humanos y en la capacidad instalada de los hospitales distritales, centros y puestos de salud. Se seleccionaron tres indicadores considerados de mayor significación para caracterizar estas unidades asistenciales, a saber: (1) El número de funcionarios; (2) El nivel técnico del personal (presencia de médicos, obstetras, etc.); y (3) La infraestructura física. Se le estableció un sistema de ponderaciones según su importancia relativa. El cuadro siguiente (Cuadro C.3) presenta los indicadores y los valores adjudicados, así como el sistema de valores ponderados.

Estos tres indicadores a su vez se desagregan, y a sus componentes se le adjudicaron valores de acuerdo al peso relativo de cada uno de ellos en función a los objetivos de brindar atención básica de salud. En el cuadro siguiente (Cuadro C.4)

<b>Descripción del indicador</b>	<b>% ponderación</b>
Número de funcionarios	20
Nivel técnico del personal	55
Infraestructura física	25
Total	100

<b>DESCRIPCION DEL INDICADOR</b>	<b>PUNTOS</b>	<b>% PONDERACION</b>
<b>CANTIDAD Y ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL</b>	<b>100</b>	<b>20</b>
Hasta 5	30	6
de 6 a 10	50	10
de 11 a 15	70	14
más de 15	80	16
Guardia 24 horas	20	4
<b>NIVEL TECNICO DEL PERSONAL</b>	<b>100</b>	<b>55</b>
Médico	25	14
Lic. Enfermería u Obstetricia	20	11
Obstetra	20	11
Auxiliares de Enfermería	20	11
Otros Técnicos	15	8
<b>INFRAESTRUCTURA FISICA</b>	<b>100</b>	<b>25</b>
Camas	15	3.75
de 1 a 5 = 10		2.5
Más de 5 = 15		3.75
Sala de partos	20	5
Equipo de esterilización	10	2.5
Cadena de frío	20	5
Energía eléctrica	10	2.5
Agua potable	15	3.75
Equipo de comunicaciones	10	2.5
<b>PONDERACION TOTAL</b>		<b>100</b>

presenta los componentes y los puntajes de ponderación.

La información sobre cada establecimiento se obtuvo de los cuestionarios de la encuesta de establecimientos, tanto del bloque P, "Equipamiento y Unidades"; y del bloque C, "Recursos Humanos". El Cuadro C.5 contiene la información por establecimiento. Con esta información, se procedió a aplicar las ponderaciones, obteniéndose el Cuadro C.6 con el total de puntaje ponderado y un ordenamiento por puntaje en grupos de establecimientos. Los puntajes tuvieron un rango de 71,5 (puntaje mayor = 96; puntaje menor =

24,5<sup>1</sup>.) Cuatro grupos de establecimientos fueron identificados:

1. Grupo 1 (Establecimientos Tipo 1) entre 0 y 33,25 puntos
2. Grupo 2 (Establecimientos Tipo 2) entre 33,25 y 57,25
3. Grupo 3 (Establecimientos Tipo 3) entre 57,25 y 76
4. Grupo 4 (Establecimientos Tipo 4) mas de 76

<sup>1</sup> Excluyendo Corcuere, para el cual no se contó con información al momento de realizar este análisis.

**Cuadro C.5: Dotación de recursos humanos, nivel técnico e infraestructura física según establecimiento**

Establecimientos	Características del Establecimiento													
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
C.S. ALTOS	11	1	0	0	4	2	3	1	1	1	1	1	1	1
C.S. ATYRA	13	1	2	2	5	0	2	1	1	1	1	1	1	1
P.S. BERNARDINO CABA	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
P.S. CORONEL DUARTE	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
C.S. ISLA PUCU	12	2	2	0	4	1	4	1	1	1	1	1	1	1
C.S. ITACURUBI	16	2	2	0	7	1	6	1	1	1	1	1	1	1
C.S. PIRIBEBUY	25	2	1	4	10	2	6	1	1	1	1	1	1	1
P.S. COL. PIRARETA	1	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	0	1	0
P.S. CORDILLERA	2	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0
C.S. TOBATI	22	2	2	0	12	0	4	1	1	1	1	1	1	1
C.S. AYOLAS	40	2	2	0	8	4	8	1	1	1	1	1	1	1
P.S. CORATEI	2	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
H.R. SAN JUAN	78	4	2	1	30	2	22	1	1	1	1	1	1	1
P.S. COCUERE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P.S. GRAL. YBANEZ RO	3	0	0	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0
P.S. SAN ROQUE	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
P.S. SAN PEDRO	4	0	0	0	1	0	2	1	1	1	0	0	1	0
C.S. SAN MIGUEL	11	1	0	0	3	0	4	1	1	1	1	1	1	1
P.S. ITA YURU	3	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0
P.S. ARAZAPE	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0
C.S. VILLA FLORIDA	11	1	0	0	3	0	6	1	1	1	1	1	1	1
C.S. AREGUA	33	3	0	6	9	3	6	1	1	1	1	1	1	1
P.S. ISLA VALLE	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
P.S. VALLE PUCU	4	1	0	0	3	0	0	1	1	1	1	0	1	0
P.S. YUKIRY	2	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0
P.S. VILLA SALVADOR	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
H.D.. CAPIATA	72	4	5	7	15	8	20	1	1	1	1	1	1	1
P.S. POSTA YBYCUA	15	2	1	1	8	0	2	1	1	1	1	0	0	0
P.S. ROJAS CAÑADA	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
P.S. VILLA CONSTITUC	3	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
HOSP. DIST. FDO. DE	67	7	7	2	32	1	5	1	1	1	1	1	1	1
C.S. JOSÉ MARIA GODO	35	4	3	1	8	2	2	1	1	1	1	1	1	1
P.S. SANTA TERESA	24	4	2	1	5	1	6	1	1	1	1	1	1	1
P.S. CAACUPEMI	2	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
P.S. CAACUPEMI	3	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C.S. GUARAMBARE	31	1	2	1	9	6	9	1	1	1	1	1	1	1
P.S. TYPCHATY	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0
P.S. NUEVA ESPERANZA	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0
C.S. ITA	35	1	3	2	11	7	20	1	1	1	0	1	1	1
P.S. LAS PIEDRAS	3	0	0	0	3	0	2	1	1	1	1	0	1	0
P.S. SAN BLAS	10	3	0	0	4	1	0	1	1	1	1	0	1	0
H.D. LAMBARE	18	14	6	17	39	7	34	1	1	1	1	1	1	1
P.S. SANTO DOMINGO	18	3	0	0	3	1	0	1	1	1	1	0	1	1
P.S. SANTA ROSA	6	2	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
C.S. ÑEMBY	43	2	4	1	16	2	4	1	1	1	1	1	1	1
P.S. MBOCAYATY	3	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0
C.S. VILLA ELISA	38	4	9	0	9	0	2	1	1	1	1	1	1	0
C.S. YPACARAI	35	1	1	2	9	8	6	1	1	1	1	1	1	1
P.S. JHUGUAJHU	3	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0
P.S. PEDROZO	4	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
C.S. YPANE	16	3	3	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0
P.S. COLONIA THOMPSON	5	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

**Características:**

A: Número de funcionarios

B: Número de médicos

C: Número de enfermeras

D: Número de obstetras

E: Número de auxiliares de enfermería

F: Número de técnicos

G: Número de camas disponibles

H: Energía eléctrica

I: Heladera/termo (Cadena de Frio)

J: Termo

K: Agua potable

L: Sala de parto

M: Equipo de esterilización

N: Equipo de Comunicaciones

**Cuadro C.6: Cuadro de puntajes, según establecimiento**

Establecimiento	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	N	M	L	Total
P.S. COCUERE	0													0
P.S. BERNARDINO CABA	6				11			2.5	5					24.5
P.S. TYPYCHATY	6				11			2.5	5					24.5
P.S. GRAL. YBANEZ RO	6				11			2.5	5					24.5
P.S. ARAZAPE	6				11			2.5	5			2.5		27
P.S. CORDILLERA	6				11			2.5	5			2.5		27
P.S. NUEVA ESPERANZA	6		11					2.5	5	3.75				28.25
P.S. ISLA VALLE	6				11			2.5	5	3.75				28.25
P.S. VILLA SALVADOR	6				11			2.5	5	3.75				28.25
P.S. YUKIRY	6				11			2.5	5	3.75				28.25
P.S. CORATEI	6				11		2.5	2.5	5			2.5		29.5
P.S. SAN ROQUE	6				11		2.5	2.5	5			2.5		29.5
P.S. ITA YURU	6				11		2.5	2.5	5			2.5		29.5
P.S. COL. PIRARETA	6				11		2.5	2.5	5			2.5		29.5
P.S. SAN PEDRO	6				11		2.5	2.5	5			2.5		29.5
P.S. COLONIA THOMPSO	6	14	11											31
P.S. CAACUPEMI	6	14			11									31
P.S. PEDROZO	6				11	8		2.5	5					32.5
P.S. LAS PIEDRAS	6				11		2.5	2.5	5	3.75		2.5		33.25
P.S. CORONEL DUARTE	6				11			2.5	5	3.75	2.5	2.5		33.25
P.S. VILLA CONSTITUC	6		11		11			2.5	5	3.75				39.25
P.S. CAACUPEMI	6	14			11			2.5	5	3.75				42.25
P.S. VALLE PUCU	6	14			11			2.5	5	3.75		2.5		44.75
P.S. ROJAS CAÑADA	6			11	11	8	2.5	2.5	5					46
P.S. JHUGUAJHU	6		11		11	8		2.5	5			2.5		46
P.S. MBOCAYATY	6	14	11		11			2.5	5	3.75				53.25
P.S. SAN BLAS	10	14			11	8		2.5	5	3.75		2.5		56.75
P.S. SANTA ROSA	10	14	11		11			2.5	5	3.75				57.25
C.S. SAN MIGUEL	14	14			11		2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	62.75
C.S. VILLA FLORIDA	14	14			11		3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	64
P.S. SANTO DOMINGO	16	14			11	8		2.5	5	3.75	2.5	2.5		65.25
C.S. ALTOS	14	14			11	8	2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	70.75
C.S. VILLA ELISA	16	14	11		11		2.5	2.5	5	3.75		2.5	5	73.25
P.S. POSTA YBYCUA	14	14	11	11	11		2.5	2.5	5	3.75				74.75
C.S. TOBATI	16	14	11		11		2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	75.75
C.S. YPANE	16	14	11	11	11	8							5	76
C.S. ISLA PUCU	14	14	11		11	8	2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	81.75
C.S. ATYRA	14	14	11	11	11		2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	84.75
C.S. ITACURUBI	16	14	11		11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	85
C.S. AREGUA	16	14		11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	85
C.S. AYOLAS	16	14	11		11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	85
C.S. ITA	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5		2.5	2.5	5	92.25
C.S. PIRIBEBUY	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5		5	93.5
C.S. JOSÉ MARIA GODO	16	14	11	11	11	8	2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	94.75
C.S. ÑEMBY	16	14	11	11	11	8	2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	94.75
HOSP. DIST. FDO. DE	16	14	11	11	11	8	2.5	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	94.75
P.S. SANTA TERESA	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96
C.S. YPACARAI	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96
C.S. GUARAMBARE	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96
H.D. CAPIATA	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96
H.R. SAN JUAN	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96
H.D. LAMBARE	16	14	11	11	11	8	3.75	2.5	5	3.75	2.5	2.5	5	96

### C.3. Estimando el costo administrativo

Como se mencionó en el texto, la estimación de los costos de administración requiere considerar dos casos. El primer caso ocurre principalmente en establecimientos pequeños donde no hay personal administrativo y solo hay personal clínico que realiza tareas administrativas además de sus tareas de prestación de servicios de salud. Esta situación ocurrió en 19 de los 26 puestos de salud de la muestra. El segundo caso ocurre en establecimientos con personal administrativo y que ofrece diversos servicios incluyendo algunos no considerados en este estudio.

#### C.3.1. Tiempo dedicado al registro de pacientes.

Una de las principales tareas administrativas es el registro de de pacientes. Este registro se realiza para cada paciente que requiere servicios. Examinando los datos de los registros de tiempo, se determinó que en los establecimientos sin personal administrativo, esta tarea fue casi siempre realizada por la auxiliar de enfermería. El tiempo promedio requerido para registrar pacientes fue de 5 minutos. De este modo, el tiempo total requerido por la auxiliar de enfermería para el registro de pacientes puede ser estimado por:

$$t_{reg} = \frac{5}{60} \times Q_{tot} \quad (\text{Ecuación C.1})$$

donde:

$t_{reg}$  número de horas por mes requerido para registro de clientes.

$Q_{tot}$  Número total de clientes por mes

#### C.3.2. Costo administrativo en establecimientos sin personal administrativo

El tiempo total del personal será distribuido entre atención a los clientes, tareas administrativas (incluyendo registro), y una porción de tiempo en que ninguna de esas tareas es realizada, a la que llamaremos tiempo improductivo. Como se describió en la sección de eficiencia, este tiempo improductivo fue distribuido entre las diversas actividades del personal de manera proporcional al tiempo requerido por estas actividades. En el

caso de las auxiliares de enfermería que desempeñaron tareas administrativas en establecimientos pequeños, el registro de clientes se incluyó como una de las tareas realizadas y el tiempo improductivo fue asignado a la categoría de costo de personal administrativo de la forma que se describió. Por tanto, en esos establecimientos el costo total de personal administrativo se estima usando:

$$\text{Costo Administrativo Total} = \frac{(t_{reg} \times \text{Wage}_{aux})}{(1 - \text{proporción de tiempo improductivo auxiliar enfermería})}$$

#### (Ecuación C.2)

donde:

$\text{Wage}_{aux}$  es la remuneración mensual de auxiliares de enfermería

#### C.3.3. Costo administrativo en establecimientos con personal administrativo

Para los establecimientos que tuvieron personal administrativo, el costo administrativo total se obtuvo multiplicando el total de horas del personal administrativo por la remuneración de este tipo de personal. El problema en estos establecimientos fue con los servicios prestados por el establecimiento que no son considerados de salud básica y por tanto no se incluyen en este estudio. Por tanto, fue necesario asignar el costo del personal administrativo entre los servicios de este estudio y los otros servicios. Para ello se examinó la relación entre el número total de horas del personal administrativo empleado en el establecimiento, el número de horas que el personal clínico brinda servicios básicos de salud y el número de horas que brinda otros servicios. Se utilizó análisis de regresión para examinar esta relación. Los resultados de la regresión (Cuadro C.7) muestran que las horas del personal clínico están positivamente relacionadas con el número de horas del personal administrativo, pero que el efecto de aumentar las horas del personal clínico dedicado a servicios básicos es menor que el efecto de aumentar las horas del personal clínico dedicadas a otros servicios. Los coeficientes de esta regresión fueron usados para asignar el costo de personal administrativo entre servicios básicos y otros servicios.

El costo del personal administrativo se estimó usando:

$$Adm_{Basic} = Wage_{Adm} Hours_{Adm} \left[ \frac{.28 Hours_{Basic}}{.28 Hours_{Basic} + .97 Hours_{OMed}} \right]$$

(Ecuación C.3)

donde:

- $Adm_{Basic}$  es el costo de personal administrativo total para servicios básicos de salud
- $Wage_{Adm}$  es el salario por hora del personal administrativo
- $Hours_{Basic}$  es el número total de horas por mes del personal que ofrece servicios básicos
- $Hours_{OMed}$  es el número total de horas por mes de otro personal clínico

#### C.3.4. Asignacion de costos administrativos a servicios específicos

El registro de clientes es la única tarea administrativa que se considera explícitamente. Por cada paciente se estima cinco minutos del personal administrativo necesarios para registrarlo. El tiempo administrativo restante fue distribuido entre los servicios de manera proporcional a la distribución del costo total de personal clínico básico por servicios.

$$Adm_{Basic,i} = (Wage_{Adm} Q_i \frac{5}{60}) + a_i (Adm_{Basic} - \sum_{i=1}^I Wage_{Adm} Q_i \frac{5}{60})$$

(Ecuación C.4)

donde:

- $Adm_{Basic,i}$  es el costo de personal administrativo para el servicio  $i$  estimado
- $Adm_{Basic}$  es el costo de personal administrativo total para servicios básicos de salud (ecuación C.3)
- $Wage_{Adm}$  es el salario por hora del personal administrativo
- $Q_i$  Número total de clientes por mes del servicio  $i$
- $a_i$  es la proporción del costo de personal clínico que corresponde al servicio  $i$

### C.4. Tratamiento de la guardia

Muchos de los centros ofrecen servicios las 24 horas del día. El principal servicio ofrecido durante las horas de guardia es partos. La disponibilidad de este servicio fue utilizada para identificar los centros que ofrecen guardia.

**Cuadro C.7.**

**Resultados de la regresión de horas de personal administrativo**

Variables	Coficiente	Error estándar	Valor-p
Horas personal médico básico	.275	.062	.000
Horas personal médico otros	.967	.389	.020

Notas: n=28, Adjustado-R<sup>2</sup>=.767

En relación al tipo de personal médico disponible durante esas horas, tres casos fueron considerados:

1. Establecimientos grandes, como el Hospital Regional San Juan y el Hospital Distrital de Capiata y Lambare, tienen servicios de guardia ofrecidos por 1 médico, 1 enfermera licenciada y 1 auxiliar de enfermería.
2. Para la mayoría del resto de establecimientos, los servicios de guardia fueron ofrecidos por 1 enfermera licenciada y 1 enfermera auxiliar.
3. En algunos establecimientos, los servicios de guardia fueron ofrecidos por 2 auxiliares de enfermería. Este fue el caso de los establecimientos de Ayolas, Guarambare, Ita y Ñemby.

Los puestos de salud en Pirareta, Coratei, San Pedro, y Ita, Yuru tuvieron sólo 1 enfermera auxiliar, lo cual reduce la probabilidad que estos centros ofrezcan servicios de guardia a pesar que ellos reportaron ofrecer servicios de parto.

## C.5. Gasto en medicinas e insumos

### C.5.1. Vacunas

El gasto incurrido por concepto de vacunaciones se halló multiplicando la utilización efectiva de dosis por el valor de cada dosis por tipo de vacuna. El costo de cada tipo de vacuna fue determinada en base a los costos de adquisición de las mismas por parte del MSPBS, obteniéndose esta información en la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Paraguay. Los costos de las mismas, como estaban dólares americanos, fueron convertidos a moneda nacional al tipo de cambio promedio del mes de setiembre de 1998 utilizada por el Banco Interamericano de Desarrollo para sus actividades en el Paraguay, y que representa el valor de 1 US\$ = 2815 Guaraníes. El costo así obtenido pueden observarse en el Cuadro C.8:

**Cuadro C.8**  
**Precio de Vacunas**

Vacuna	Número de dosis	Precio	
		US\$	Guaraníes
BCG	10	0.09	266.86
	20	0.05	126.68
DPT	10	0.06	182.13
	20	0.05	139.34
DT (ADULTO)	10	0.05	138.78
	20	0.04	104.16
DT (PEDIATRICO)	10	0.05	139.34
	20	0.04	104.16
Antisarampión (Edmonston)	1	0.60	1689.00
Antisarampión (Schwarz)	10	0.10	287.69
Antisarampión (Edmonston)	10	0.10	287.69
Antisarampión/Mumps/Rubella	1	0.82	2308.30
	10	0.49	1377.94
Polio (Glass Vial)	10	0.08	225.20
	20	0.05	137.79
Polio (Plastic dispenser)	10	0.08	215.35
	20	0.07	185.79
Toxoide Antitetánica	10	0.04	98.53
	20	0.02	66.15
Hepatitis B Recombinante DNA 20 MCG	10	0.82	2308.30

**Cuadro C.9**  
**Precio de los métodos anticonceptivos**

Métodos	Precio	
	US\$	Guaraníes
DEOPROVERA	0.058	163.27
CONDONES	0.950	2674.25
T. COBRE (DIU)	1.187	3341.41
PASTILLAS (Gestágenos)	0.216	608.04
TABLETAS VAGINALES (Ovulos)	0.121	340.615

**Cuadro C.10**

**Lista de medicamentos e insumos necesarios para partos normales**

CANT.	DESCRIPCION	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	SUERO GLUCOSADO 1000 cc	5,000	5,000
1	EQUIPO MACROGOTERO	4,000	4,000
1	PUNZOCAT No. 2 CORTO	5,500	5,500
3	GUANTE 7 ½	2,500	7,500
3	GUANTE 7	2,500	7,500
2	CATGUT CROMADO No. 1	7,000	14,000
1	XILOCAINA 2% S/ EPINEFRINA	1,000	1,000
1	S RINGER BACTATO 1000 cc	5,000	5,000
20	GASA ( 1000 C/ mt)	1,000	20,000
1	HOJA DE AFEITAR	500	500
4	PAÑAL PARA ADULTO	2,000	8,000
1	ALCOCHOL RECTIFICADO (1 lt)	4,000	4,000
3	JERINGA DE 5 cc	500	1,500
3	JERINGA DE 10 cc	1,000	3,000
1	JERINGA DE 1 cc	1,000	1,000
1	INAFLEX BIOTIC COMPRIMIDO	14,820	14,820
1	SONDA K 33	2,000	2,000
	<b>TOTAL</b>		<b>104,320</b>

### C.5.2. Insumos de Planificación Familiar

Los costos de los insumos de Planificación Familiar fueron obtenidos de los proveedores de la Misión de USAID en el Paraguay. Los precios son CIF-Asunción. Como estaban valorados en dólares americanos los costos de las mismas, estos fueron convertidos a moneda nacional al tipo de cambio promedio del mes de setiembre de 1998 utilizada por el Banco Interamericano de Desarrollo para sus actividades en el Paraguay, y que representa el valor de 1 US\$ = 2815 Guaraníes.

El costo así obtenido pueden observarse en el siguiente cuadro:

### C.5.3. Medicinas e insumos para partos normales

El listado de medicamentos e insumos utilizados en partos normales fueron obtenidos de los propios establecimientos, quienes mantienen una lista básica para ello. Los valores monetarios de los medicamentos e insumos comprendidos en la lista fueron calculados a precios de mercado.

El listado de medicamentos e insumos necesarios para un parto normal con su valor monetario correspondiente pueden ser observados en el siguiente cuadro:

<b>CANT.</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>COSTO UNITARIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
2	FISIOLOGICO	4,000	8,000
2	LACTATO RINGER 1000 cc	5,000	10,000
1	EQUIPO MACROGOTERO	4,000	4,000
1	PUNZOCAT No. 20	5,000	5,000
3	GUANTES 1 1/2	2,500	7,500
3	UTEROVIN	2,500	7,500
10	(mts) GASA	1,000	10,000
5	SINTOSINON	2,000	10,000
1	ALGODON 500 Gr.	9,000	9,000
5	JERINGA DE 5 cc	500	2,500
2	HOJA DE AFEITAR	500	1,000
4	PAÑAL PARA ADULTO	2,000	8,000
1	TRIFORMOL TBL FRONCO	13,600	13,600
1	SONDA VESICAL No. 14	5,000	5,000
1	VICRIL No. 1	10,000	10,000
3	GUANTE No. 8	2,500	7,500
1	COLECTOR DE ORINA	6,000	6,000
1	LEUKOPLAST MEDIANO	6,000	6,000
2	LAMINA DE BISTURI No. 24	1,000	2,000
1	CATGUT SIMPLE No. 0	10,000	10,000
3	CATGUT CROMADO No. 1	7,000	21,000
1	VITAMINA K	2,000	2,000
1	CLAMP UMBILICAL	2,000	2,000
1	JERINGA DE 1 cc	1,000	1,000
1	JERINGA DE 10 cc	1,000	1,000
			<b>169,600</b>

#### **C.5.4. Medicinas e insumos para cesáreas**

El listado de medicamentos e insumos utilizados en partos por cesáreas fueron obtenidos de los propios establecimientos, quienes mantienen una lista básica para ello. Los valores monetarios de los medicamentos e insumos comprendidos en la lista fueron calculados a precios de mercado.

El listado de medicamentos e insumos necesarios para un parto por cesárea con su valor monetario correspondiente pueden ser observados en el siguiente cuadro:

### **C.6. Costos indirectos**

Los costos indirectos se componen del costo laboral del personal de administración y otros gastos que comprenden las erogaciones necesarias para brindar los distintos tipos de servicios, pero que no pueden ser directamente relacionadas con cada servicio producido. El costo laboral del personal de administración está representado por la carga horaria y el salario de personal netamente administrativo como estadígrafo, secretarias, auxiliares; así como personal de servicio como ser peones de patio, limpiadoras, personal de mantenimiento, cocineras, etc. Otros gastos: comprenden rubros presupuestales como alimentos, útiles de oficina, mantenimiento, servicios públicos, alimentos, viáticos, etc.

Para la determinación de los costos indirectos, se estudió a profundidad un establecimiento representativo de cada uno de los 4 grupos de establecimientos homogéneos que se identificaron (ver sección C.2 en este Anexo). Cada establecimiento fue visitado por segunda vez y se realizaron entrevistas y se revisaron sus registros y estadísticas de servicios. Estos costos indirectos, se transformaron en porcentajes del costo médico total, los cuales se aplican a todos los establecimientos componentes del grupo homogéneo al cual pertenecen.

Los establecimientos representativos de su grupo que fueron estudiados a profundidad fueron:

1. Grupo 1: Puesto de salud de Cordillera
2. Grupo 2: Puesto de salud de Mbocayaty
3. Grupo 3: Centro de salud de Altos
4. Grupo 4: Centro de salud de Itá

Una vez cuantificados los costos indirectos, se determinó que la categoría “Otros Gastos” representa 5% de la suma de los costos laborales totales y las medicinas.

## **ANEXO D**

### **RESULTADOS ADICIONALES SOBRE EL COSTO Y EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD**



**Cuadro D.1.****Costo Recurrente Total (en Guaraníes), según departamento y categoría de personal**

Departamento y Categoría de Personal	Hospital	Centro de Salud	Puesto de Salud	Total
<b>Cordillera</b>				
Médicos	-	12,890,604.00	-	12,890,604.00
Enfermeras	-	11,864,760.00	-	11,864,760.00
Auxiliares de Enfermería	-	26,369,442.00	3,000,211.20	29,369,653.20
Suministros y Medicinas	-	2,882,359.80	-	2,882,359.80
Administración	-	11,683,818.00	339,702.00	12,023,520.00
Otro	-	2,556,240.00	95,565.76	2,651,805.76
TOTAL	-	68,247,223.80	3,435,478.96	71,682,702.76
<b>Misiones</b>				
Médicos	5,841,942.00	10,711,260.00	-	16,553,202.00
Enfermeras	3,710,287.00	1,799,499.90	-	5,509,786.90
Auxiliares de Enfermería	22,700,000.00	9,929,808.00	3,168,223.50	35,798,031.50
Suministros y Medicinas	8,300,641.00	3,865,113.00	178,533.20	12,344,287.20
Administración	8,989,140.00	4,360,776.00	95,210.00	13,445,126.00
Otro	1,610,153.00	1,122,028.50	121,820.95	2,854,002.45
TOTAL	51,152,163.00	31,788,485.40	3,563,787.65	86,504,436.05
<b>Central</b>				
Médicos	51,900,000.00	35,850,256.00	21,717,466.00	109,467,722.00
Enfermeras	50,700,000.00	43,484,040.00	10,210,808.60	104,394,848.60
Auxiliary Enfermeras	50,400,000.00	45,682,328.00	22,150,354.00	118,232,682.00
Suministros y Medicinas	45,900,000.00	20,250,704.00	13,140,966.00	79,291,670.00
Administración	74,400,000.00	47,421,496.00	1,791,104.70	123,612,600.70
Otro	7,644,972.00	6,250,831.20	2,554,428.50	16,450,231.70
TOTAL	280,944,972.00	198,939,655.20	71,565,127.80	551,449,755.00
<b>Grupo de Estudio y Categoría de Personal</b>				
	Hospital	Centro de Salud	Puesto de Salud	
<b>Decentralizado</b>				
Médicos	30,800,000.00	41,639,230.00	14,117,468.10	86,556,698.10
Enfermeras	24,400,000.00	49,750,080.00	8,909,133.90	83,059,213.90
Auxiliares de Enfermería	30,400,000.00	61,080,410.00	21,300,473.00	112,780,883.00
Suministros y Medicinas	22,800,000.00	21,451,860.00	8,324,469.90	52,576,329.90
Administración	32,800,000.00	54,438,810.00	2,004,675.70	89,243,485.70
Otro	4,285,338.00	7,623,486.00	2,048,714.20	13,957,538.20
TOTAL	145,485,338.00	235,983,876.00	56,704,934.80	438,174,148.80
<b>Control</b>				
Médicos	27,041,942.00	17,812,886.00	7,600,002.30	52,454,830.30
Enfermeras	29,810,287.00	7,398,223.00	1,301,675.40	38,510,185.40
Auxiliares de Enfermería	42,500,000.00	20,901,167.00	7,018,319.70	70,419,486.70
Suministros y Medicinas	31,300,641.00	5,546,317.70	4,995,029.70	41,841,988.40
Administración	50,489,140.00	9,027,284.00	221,339.97	59,737,763.97
Otro	4,969,788.00	2,305,613.80	723,100.41	7,998,502.21
TOTAL	186,111,798.00	62,991,491.50	21,859,467.48	270,962,756.98

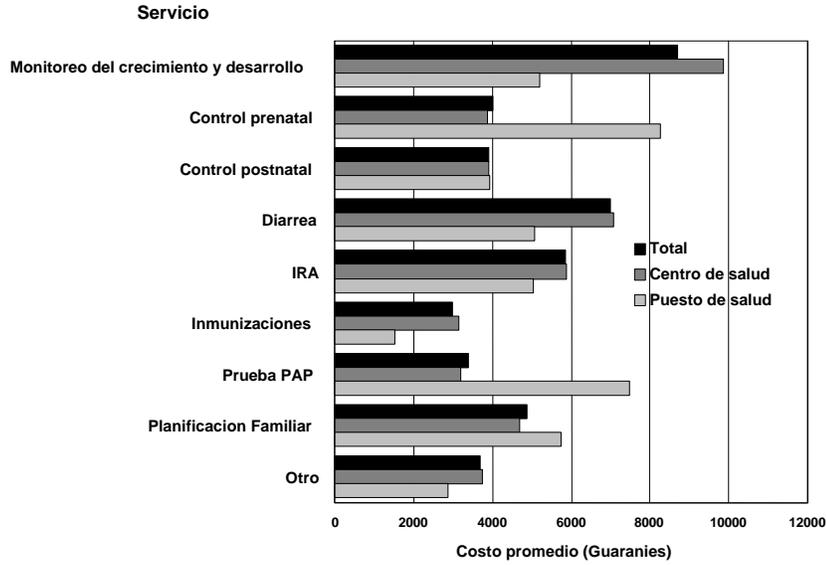
**Cuadro D.2.a.****Tasas de utilización del personal médico, según tipo de establecimiento y grupo de estudio (incluyendo horas de guardia)**

<b>Establecimiento</b>	<b>Personal</b>	<b>Cordillera</b>	<b>Misiones</b>	<b>Central</b>	<b>Total</b>
<b>Hospitales</b>	Médicos	-	0.2206	0.8211	0.6315
	Enfermeras	-	0.8057	0.5330	0.5566
	Auxiliares	-	0.1337	0.5710	0.4720
	Total	-	0.2269	0.6599	0.5846
<b>Centros de Salud</b>	Médicos	0.6271	0.2569	0.6555	0.5518
	Enfermeras	0.1508	0.8798	0.3282	0.2643
	Auxiliares	0.0723	0.1381	0.1718	0.1315
	Total	0.2645	0.3153	0.6489	0.5122
<b>Puestos de Salud</b>	Médicos	-	-	0.4853	0.4853
	Enfermeras	-	-	0.2380	0.2380
	Auxiliares	0.3083	0.1394	0.2659	0.2477
	Total	0.5164	0.2117	0.4116	0.4064
<b>Todos Establecimientos</b>	Médicos	0.6271	0.2357	0.7017	0.5798
	Enfermeras	0.1508	0.8284	0.4009	0.3502
	Auxiliares	0.0899	0.1366	0.3291	0.2459
	Total	0.2736	0.2610	0.6171	0.5294
<b>Grupo</b>					
<b>Estudio</b>	Médicos				0.7099
	Enfermeras				0.3333
	Auxiliares				0.1942
	Total				0.5342
<b>Control</b>	Médicos				0.4389
	Enfermeras				0.3832
	Auxiliares				0.3252
	Total				0.5209

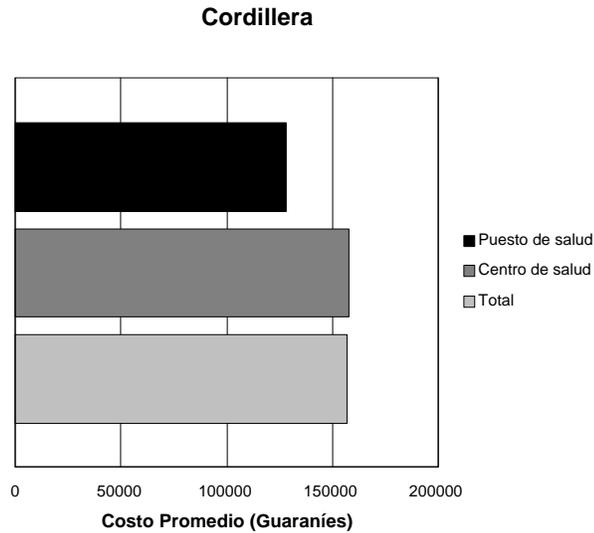
**Cuadro D.2.b.****Tasas de utilización del personal médico, según tipo de establecimiento y grupo de estudio (excluyendo horas de guardia)**

<b>Establecimiento</b>	<b>Personal</b>	<b>Cordillera</b>	<b>Misiones</b>	<b>Central</b>	<b>Total</b>
<b>Hospitales</b>	Médicos		0.3708	1.3725	1.0561
	Enfermeras		0.8057	0.8737	0.8678
	Auxiliares		0.1581	0.6502	0.5388
	Total		0.4089	0.9597	0.8638
<b>Centros de Salud</b>	Médicos	0.6271	0.2569	0.6555	0.5518
	Enfermeras	0.3396	0.8798	0.4648	0.4202
	Auxiliares	0.0947	0.3586	0.2468	0.2042
	Total	0.4589	0.5366	0.8154	0.6921
<b>Puestos de Salud</b>	Médicos			0.4853	0.4853
	Enfermeras			0.2380	0.2380
	Auxiliares	0.3083	0.1394	0.3969	0.3417
	Total	0.5164	0.2117	0.4515	0.4432
<b>Todos establecimientos</b>	Médicos	0.6271	0.3233	0.9621	0.7730
	Enfermeras	0.3396	0.8284	0.6058	0.5432
	Auxiliares	0.1105	0.2378	0.4158	0.3204
	Total	0.4609	0.4507	0.8259	0.7331
<b>Grupo</b>					
<b>Estudio</b>	Médicos				0.8743
	Enfermeras				0.5190
	Auxiliares				0.2704
	Total				0.7247
<b>Control</b>	Médicos				0.6633
	Enfermeras				0.5905
	Auxiliares				0.3969
	Total				0.7476

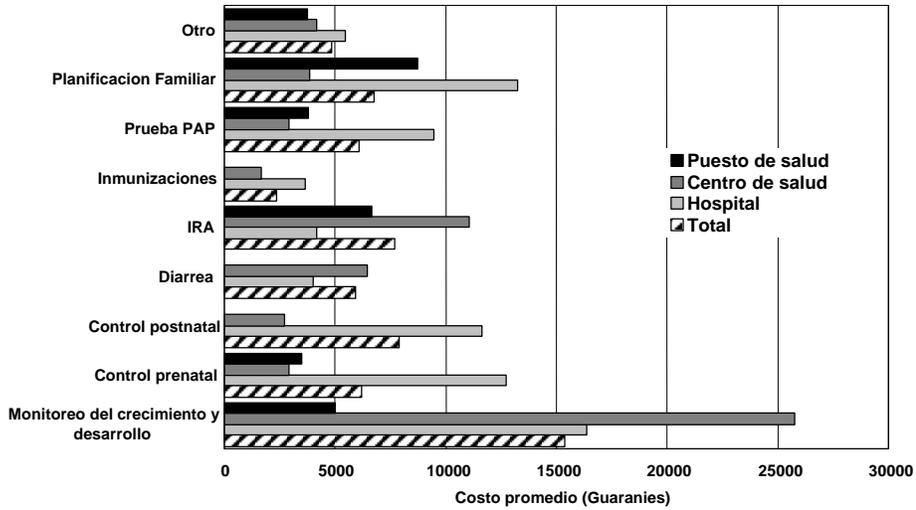
**Figura D.1**  
**Costo promedio por servicios específicos: Cordillera**



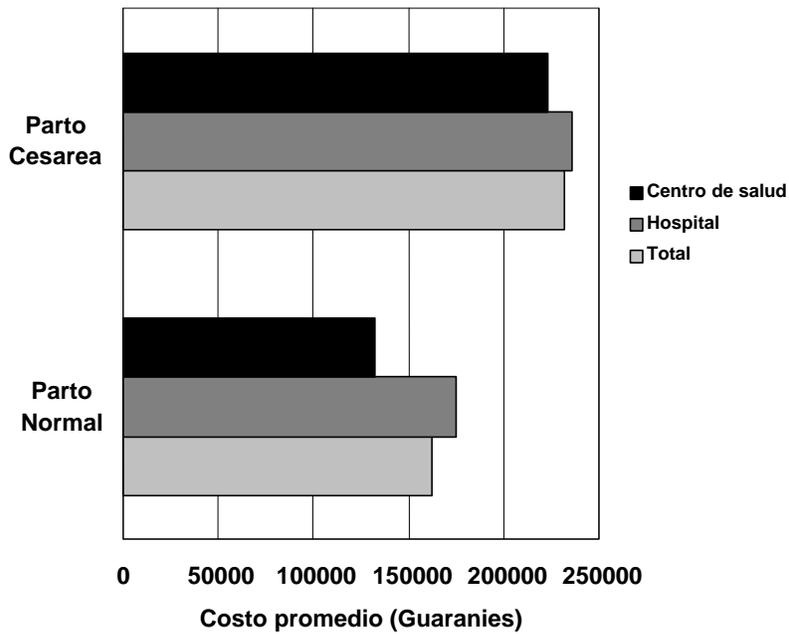
**Figura D.2**  
**Costo promedio por servicios de parto: Cordillera**



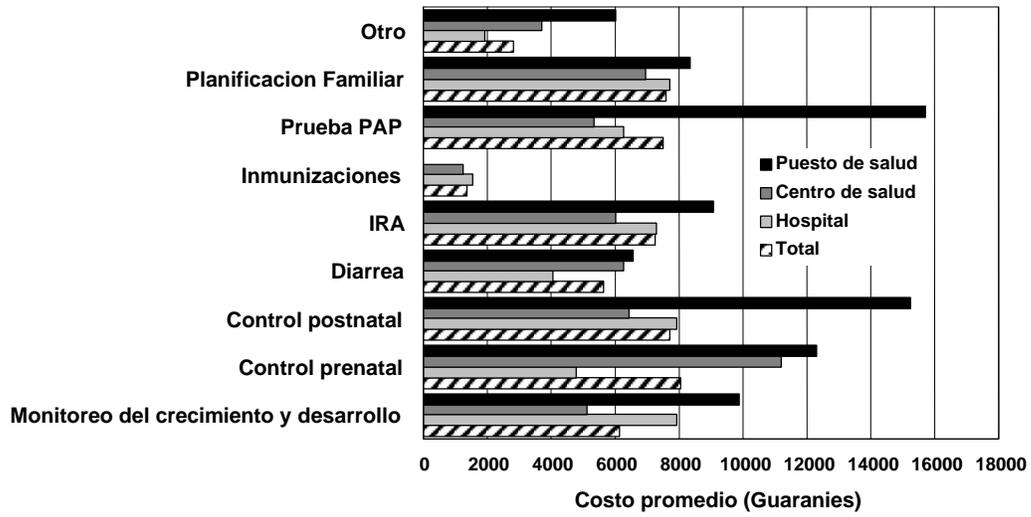
**Figura D.3**  
**Costo promedio por servicios específicos: Misiones**



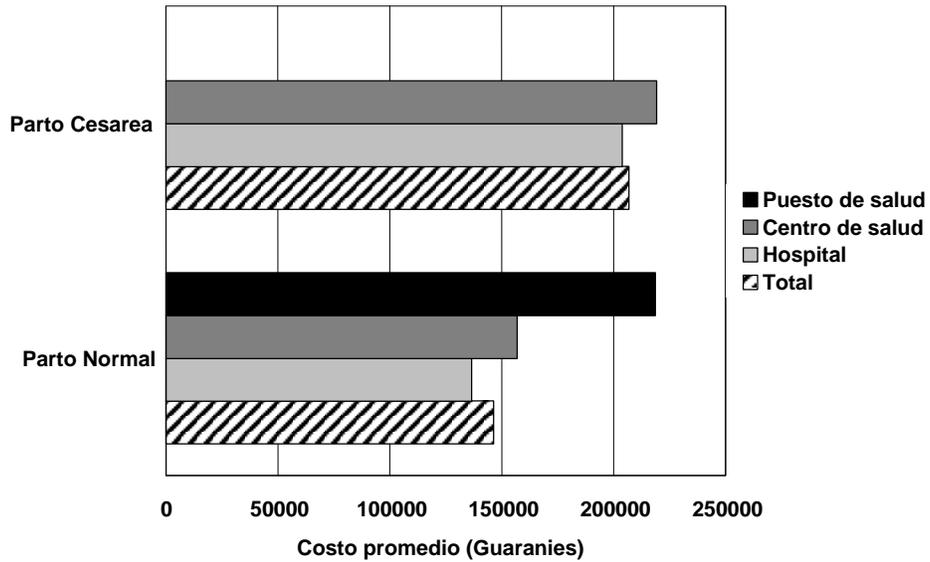
**Figura D.4**  
**Costo promedio por servicios de parto: Misiones**



**Figura D.5**  
**Costo promedio por servicios específicos : Central**



**Figura D.6**  
**Costo promedio por servicios de parto: Central**



**Figura D.7**  
**Distribución porcentual de costos, según grupo de estudio**

